

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Kateřina Kořická

Stresová inkontinence moči žen očima laické veřejnosti

Women stress urinary incontinence in the public eye

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Miluše Kulhavá

Praha, 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 27.4.2015

Kateřina Košická

Podpis:

Identifikační záznam:

KOŠICKÁ, Kateřina. *Stresová inkontinence moči žen očima laické veřejnosti. [Women stress urinary incontinence in the public eye]*. Praha, 2015. 71 s., 10 příl. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí závěrečné práce Kulhavá, Miluše.

Poděkování:

Velice děkuji Mgr. Miluši Kulhavé za odborné vedení, profesní i lidský přístup, cenné rady a připomínky během psaní bakalářské práce. Děkuji sesterskému týmu urogynekologické ambulance za spolupráci při sběru dat k výzkumnému šetření. Děkuji MUDr. Kamilu Švabíkovi za teoretické vedení. Dále bych chtěla velmi poděkovat své rodině za podporu, trpělivost a toleranci po celou dobu mého studia.

Abstrakt:

Východiska: Stresová inkontinence moči je nejčastější formou uretrální inkontinence moči a postihuje významnou část žen. Až polovina takto postižených žen nevyhledá odbornou pomoc i přes významné psychosociální obtíže, které inkontinence moči přináší. Pracuji na operačním sále gynekologicko – porodnické kliniky u Apolináře při VFN, kde se účastním léčby ženské stresové inkontinence moči, proto jsem si toto téma vybrala k psaní bakalářské práce.

Cíle šetření: Hlavním cílem bakalářské práce byla analýza výskytu stresové inkontinence moči mezi veřejností. V dílčích cílech jsem chtěla spočítat, kolik žen trpí stresovou inkontinencí moči a jak jsou o této problematice informované, než vyhledají lékaře. Chtěla jsem konstatovat, že se ženy neobávají hovořit o svých obtížích před zdravotnickým personálem. Nejefektivnější léčbou stresové inkontinence moči je léčba chirurgická. Zajímalo mě, zda jsou ženy s jejich výsledky spokojené.

Popis použitých metod: Práce je rozdělena na dva dílčí celky, jeden teoretický, který komplexně uvede čtenáře do dané problematiky. Je zde popsána anatomie, patofyziologické podklady stresové inkontinence moči a možnosti řešení. Druhý je empirický, kde jsem ke zkoumání použila kvantitativní přístup. Data pro kvantitativní analýzu byla získána použitím nestandardizovaného dotazníku. Všechna získaná data byla vyhodnocena, zanesena do tabulek a sloupcových grafů. Do zkoumaného souboru byly zahrnuty ženy zdravé a ženy, které docházejí do urogynekologické ambulance.

Hlavní získané výsledky: Potvrdila jsem, že v mém výzkumném šetření byla stresová inkontinence moči nejčastějším typem močové inkontinence. Informovanost žen byla uspokojivá, i přes to jich polovina obtíže s únikem moči neřeší, nebo řešení odkládá na několik let od výskytu prvního úniku moči. Z výsledků mé práce vyplývá, že se dnes ženy neostýchají o svých obtížích hovořit se zdravotnickým personálem a s výsledky chirurgické léčby jsou spokojené.

Doporučení: Vzhledem k četnosti výskytu stresové inkontinence moči žen bych ženy podněcovala v udržování svého zdraví. Zdravotnický personál by se mohl ženy v rámci pravidelných preventivních vyšetření aktivněji dotazovat na obtíže s únikem moči. Proto si myslím, že vydání brožury, či odborná přednáška by ženám velmi pomohlo v rozhodování se začátkem léčby.

Klíčová slova: Stresová inkontinence moči. Operační řešení. Psychika. Edukace.

Abstract:

Context: Stress urinary incontinence is the most frequent form of urethral incontinence of urine and affects a significant number of women. Almost half of women affected by this condition will not seek professional help even if it is causing them psychosocial difficulties, which urinary incontinence often brings. I work in the operating room of the Gynecology – Obstetrics Clinic at the General University Hospital „U Apolinare“, where I participate in the treatment of Stress urinary incontinence. This is why I chose this topic for my Bachelor thesis.

Goal of the research: The main goal of my Bachelor thesis was to analyze the prevalence of Stress urinary incontinence among the public. One of my subgoals was to determine the number of women affected by Stress urinary incontinence and how they were informed about this issue before they consult the doctor. I wanted to assess if women are afraid to speak about their difficulties in front of medical staff. The most effective treatment of the Stress urinary incontinence is surgical treatment. I wanted to find out if women were satisfied with the results.

Description of the used methods: The thesis is divided into two sub-units, one theoretical, which comprehensively introduces readers to the issue. It describes the anatomy, pathophysiology basis of Stress urinary incontinence and possible solutions. The second is empirical, where I used a quantitative approach for the research. Data for the quantitative analysis was obtained using a non-standardized questionnaire. All obtained data were evaluated and recorded in tables and bar graphs. The examined group included healthy women and women who are the patients of the uro-gynecological clinic.

The main results: I confirmed that in my research study Stress urinary incontinence was the most common type of urinary incontinence. Women's awareness of the condition was satisfactory. However, despite their difficulties, one-half of affected women do not address or resolve the issue, or they postpone the treatment for several years after the first occurrence of the urinary leakage. The results of my thesis show that women today do not hesitate to talk about their difficulties with medical staff and they are satisfied with the results of surgical treatment.

Recommendation: Given the frequency of Stress urinary incontinence among the women I would encourage women in maintaining their health. Medical staff could ask women during the regular preventive examinations about possible urine leakage. Therefore, I think that publishing a brochure or a professional lecture would help women in making a decision of commencing treatment.

Key words: Stress urinary incontinence. Surgical treatment. Psyche. Education.

Obsah

Obsah	7
Úvod	8
1 Anatomie	9
2 Fyziologie mikce	11
3 Definice a klasifikace močové inkontinence	12
4 Stresová inkontinence moči	13
4.1 Příčiny	13
4.2 Rizikové faktory a symptomatologie	13
4.3 Diagnostika	14
4.3.1 Základní vyšetření	14
4.3.2 Specializovaná vyšetření	15
5 Prevence	17
6 Terapie stresové inkontinence moči	18
6.1 Konzervativní terapie	18
6.2 Chirurgická terapie	19
6.2.1 Možné komplikace chirurgické léčby	22
7 Psychologie stresové inkontinence moči	23
8 Edukace klientek se stresovou inkontinencí moči	24
9 Empirická část	26
9.1 Volba problému	26
9.2 Cíle výzkumného šetření	26
9.3 Metodologie výzkumu	26
9.4 Průběh a zpracování výzkumného šetření	27
9.5 Charakteristika výzkumného vzorku	28
9.6 Vyhodnocení výsledků výzkumného šetření	35
9.7 Vyhodnocení cílů	55
10 Diskuze	58
11 Doporučení pro praxi	61
12 Závěr	62
Seznam informačních zdrojů a citací	63
Seznam tabulek a grafů	68
Seznam příloh	71

Úvod

Inkontinence moči postihuje významnou část žen. Udává se, že až polovina takto postižených žen nevyhledá odbornou pomoc. Četnost výskytu stresové inkontinence moči žen souvisí s různou úrovní zdravotní výchovy obyvatel v zemi, kulturní tradicí, vzděláním žen a jejich postavením ve společnosti. Močová inkontinence přináší psychologické, sociální i ekonomické zatížení. ⁽³⁰⁾

Zmínky o inkontinenci moči lze nalézt již v dílech antických lékařů, obvykle v souvislosti s prolapsem pánevních orgánů. První popis stresové inkontinence moči pak pochází z počátku 19. století. V průběhu 19. století a první polovině 20. století nastal rozvoj chirurgické léčby těchto problémů. Přesto však až do poloviny 20. století nebyla inkontinence moči všeobecně vnímána adekvátně svému psychosociálnímu a postupně i ekonomickému významu. První větší publicitu tato problematika získala koncem 40. let minulého století s nástupem léčby pomocí cvičení pánevního dna (A. Kegel). Za významný okamžik lze považovat založení International Continence Society v roce 1971. V rámci této dnes velmi respektované organizace se v průběhu dalších tří desetiletí odehrál zásadní krok v diagnostice a v terapii inkontinence moči. Dnes se tento obor dále rozvíjí. ⁽¹⁰⁾

Pracuji na gynekologicko – porodnické klinice u Apolináře na operačních sálech, kde se zabýváme chirurgickým řešením stresové inkontinence moči. Myslím si, že povědomí společnosti o inkontinenci moči roste. I přes určitou chybu v komunikaci mezi stydlivou klientkou a lékařem, který její stesky nechce slyšet. Zajímá mě, zda jsou ženy informované o způsobech léčby a zda jsou s ní spokojené. Moderní medicína a její pokrok přináší zdokonalování diagnostiky a léčby inkontinence moči. Léčba stavěná na míru přináší zmírnění obtíží na únosnou mez, nebo obtíže úplně odstraní.

Inkontinence moči není normální součástí života ženy, na prahu třetího tisíciletí je jediným možným požadavkem na kvalitní život plná kontinence každého člověka. ⁽⁴⁾

1 Anatomie

Močový měchýř (vesica urinaria) je dutý orgán uložený na svalovém dnu malé pánve, který slouží jako rezervoár moče. Prázdný měchýř má miskovitý tvar, když se naplní, stává se kulovitým. Na naplněném měchýři lze rozeznat dno (fundus), tělo (corpus), hrot (apex) a krček (cervix), což je zúžená spodina, ve které začíná močová trubice. První nucení na močení u dospělého člověka se dostaví při náplni 150 ml, výraznější při náplni 300-400 ml. Vůlí lze potlačit nucení na močení až do náplně 700-750 ml.

Sliznice močového měchýře je kryta vícevrstevným přechodným epitelem, je podložena řídkým podslizničním vazivem a poskládána v řasy. Stěna močového měchýře se skládá ze tří vrstev hladké svaloviny. Zevní (podélná) longitudinální vrstva přechází spolu s vnitřní (síťovitou) longitudinální vrstvou na močovou trubici. Vlákná zevní longitudinální vrstvy přicházejí zezadu, po stranách močové trubice a v místě přechodu na močovou trubici mají šikmý až cirkulární průběh, tvoří zde svalovou smyčku. Vnitřní longitudinální vrstva svalů přechází plynule na močovou trubici v její horní části, kde tvoří smyčku, jež je v opozici ke smyčce zevní vrstvy. Střední šikmá (cirkulární) vrstva končí u vnitřního ústí močové trubice, které obkružuje. Funkčně tvoří svalovina jeden celek uzpůsobený k vypuzování, musculus detrusor.

Cévní zásobení k močovému měchýři přichází z arteria (dále jen a., množné číslo aa.) iliaca interna přes aa. vesicales superiores a inferiores. Žilní síť tvoří venae (dále jen vv., jednotné číslo v.) vesicales, které odvádějí krev do v. iliaca interna. Nervová vlákna vytváří plexus vesicalis. Sympatická vlákna pochází ze segmentů Th₁-L₃ a k měchýři se dostávají cestou plexus hypogastricus superior a inferior. Parasympatická vlákna pochází z pánevního parasympatiku, který vstupuje se sakrálními nervy S₂-S₄, cestou plexus hypogastricus inferior vstupují do plexus vesicalis. Senzitivní nervová vlákna doprovázejí průběh autonomních nervů a registrují napětí stěny měchýře a vjemy bolesti. Lymfatická drenáž je zajištěná mízními kapilárami, které začínají ve stěně měchýře a tvoří pleteně. Ty se sbírají do noduli lymphatici iliaci interni. ⁽¹⁾

Ženská močová trubice (urethra feminina) vystupuje vnitřním ústím z močového měchýře přibližně v úrovni středu symfýzy, pokračuje dolů pevně spojena s přední poševní stěnou a ústí ve vestibulum vaginae. Je dlouhá 30-40 mm a široká 6-8 mm. Podle průběhu ji můžeme rozdělit na tyto části: intramulární – ve stěně močového měchýře, střední část (pelvicá) močové trubice – mezi měchýřem a perineální membránou (diaphragma urogenitale), část procházející perineální membránou a část distální – perineální.

Pro uzavírací funkci močové trubice má význam sliznice a hlavně podslizniční vazivo. Proximální dvě třetiny močové trubice tvoří vrstevnatý přechodný epitel, který distálně přechází v nerohovějící vrstevnatý dlaždicový epitel. Sliznice je složena v podélné řasy. Hladká svalovina navazuje na svalovinu močového měchýře, vlákna jsou uspořádána spíše šikmo a podélně, někdy označována jako musculus sphincter urethrae internus (vůlí neovladatelný). Udržuje pravděpodobně určité bazální napětí stěny močové trubice. ⁽¹⁾

Příčně pruhovaná svalovina vytváří pak kolem močové trubice nad jejím prostupem skrze diafragmu musculus sphincter urethrae externus (vůlí ovladatelný). Příčně pruhovaná svalová vlákna I. typu (slow-twitch fibers) udržují dlouhodobý tonus močové trubice. Příčně pruhovaná svalová vlákna II. typu (fast-twitch fibers) zajišťují krátkodobé zvýšení tlaku v močové trubici, což je jejich hlavní rolí při náhlém zvýšení nitrobřišního tlaku. ⁽²⁾

Cévní zásobení pánevního úseku je zajištěno z aa. vesicales inferiores a a. vaginalis (ta je větví a. uterina). Zevní část močové trubice je zásobena z a. pudenda interna. Žíly, které se nacházejí podslizničně, odtékají do plexus vesicalis a okolních plexů, z nich pak do v. iliaca interna. Hladký sval je inervován sympatickým a parasympatickým nervovým systémem. Motorická vlákna přichází cestou vegetativních pánevních pletení ze segmentů S₂-S₃, kde leží jádro s motoneurony pro musculus sphincter urethrae externus. Lymfatická drenáž je zajištěná do uzlin měchýře a hlubokých tříselných uzlin. ⁽¹⁾

Pochva (vagina) intimně sousedí s dolním močovým ústrojím. Je to předozadně zploštělý dutý orgán, jdoucí od čípku děložního (cervix colli uteri) k poševnímu vchodu (vestibulum vaginae). Relativně avaskulární prostory, které k ní přiléhají, dávají pánevním orgánům možnost posunu, tím umožňují jejich funkci, ale zároveň patologické změny polohy pochvy. Závěsný aparát pochvy se dělí do tří etází (Level I, Level II, Level III). ⁽³⁾

Pro zajištění kontinence, hlavně pak při zvýšeném nitrobřišním tlaku, je nutná fixace měchýře, hrdla močového měchýře a močové trubice ve správné poloze. To zajišťují svaly a fascie pánevního dna a ligamenta fixující močovou trubici k okolním strukturám. Dutinu břišní ve spodní části uzavírá *diaphragma pelvis*, kterou tvoří tři části párového svalu análního levátoru (pars pubica, pars ilica, musculus coccygeus) a *diaphragma urogenitale* perineální vazivová membrána s příměsí svaloviny, upínající se mezi oběma dolními rameny kosti stydké a sedacím kostem. ⁽²⁾; Příloha A)

2 Fyziologie mikce

Neurologická kontrola mikčního reflexu zahrnuje centrální i periferní nervový systém. Mikční centrum v mozkové kůře je uloženo ve frontálním laloku a dostává podněty z periferie a jader mozkového kmene. Obráceně vysílá signály zpět do mozkového kmene. Zajišťuje volní kontrolu močení. Další oblastí řízení mikčního reflexu je sakrální mícha S_2-S_4 , ta zajišťuje schopnost kontrakce močového měchýře a vypuzování moči. Vegetativní nervy, parasympatikus vede podněty z močového měchýře do zadních kořenů míšních, sympatická pregangliová vlákna $Th_{12}-L_1$ vedou předními kořeny míšními a zajišťují udržení moči. ⁽¹⁾

Na začátku mikce se kontrahuje detruzor močového měchýře, dále pak bránice a svaly stěny břišní. Zvýší se intraabdominální tlak, v důsledku toho dochází k poklesu uretrovezikální junkce (UVJ) a relaxuje se vnitřní svěrač uretry. Následně je potlačena inhibice sakrálního míšního centra z centra mozkového. Parasympatikus vyvolá kontrakci detruzoru a svalových vláken v uretře, která zkracují a otevírají její vnitřní ústí. Potom rychle klesá intrauretrální tlak, moč naplňuje proximální uretru, intraabdominální tlak naopak stoupá a ve chvíli, kdy se vyrovnávají, začíná mikce. Během ní trvá vysoký tlak v měchýři, snižuje se napětí jeho stěny a se zkrácením svalových vláken roste efektivita kontrakce detruzoru, takže síla potřebná k mikci se snižuje. Na konci mikce probíhá děj opačně, pánevní dno, vnitřní a vnější svěrače uretry se kontrahují, spodina měchýře se zvyšuje, tok moči je přerušen ve střední třetině uretry. Nálevkovité rozšíření močové trubice mizí odspodu nahoru, obsah moči v horní třetině je vypuzen zpět do měchýře a je obnovena kontraktilní mozková inhibice sakrálního mikčního centra. Mikce je za normálních okolností vůlí iniciována, ovládána a je možné ji vůlí přerušit. ⁽³⁾; Příloha B)

3 Definice a klasifikace močové inkontinence

Inkontinence moči je definována jako stížnost na jakýkoliv vůlí neovladatelný únik moči (dle ICS – International Continence Society – Mezinárodní společnost pro kontinenci; dále jen ICS). Dřívější definicí byla inkontinence moči každé nechtěné odtékání moči, které způsobuje sociální, zdravotní, psychické nebo hygienické obtíže a je objektivně prokazatelné. Inkontinence moči není onemocněním v pravém smyslu, ale symptomem vyjadřujícím poruchu souhry vypuzovacího a uzávěrového mechanismu dolních močových cest. Onemocněním se stává tehdy, působí-li zdravotní či jiné obtíže. (⁴)

Termínem inkontinence moči se tedy označuje:

- příznak (symptom) – klientka konstatuje mimovolnou ztrátu moči
- projev (sign) – je objektivní průkaz ztráty moči
- stav – (condition) – je urodynamický průkaz ztráty moči

Dle Standardizační komise ICS rozlišujeme tyto formy inkontinence moči.

Uretrální inkontinence moči:

- Stresová inkontinence moči (SUI - stress urinary incontinence) - nechtěný odtok moči intaktní uretrou při náhlém zvýšení intraabdominálního tlaku, bez současné kontrakce detruzoru. Jde tedy o pasivní únik moči uretrou bez pocitu nucení, bez prodlevy.
- Urgentní inkontinence moči - nechtěný odtok moči spojený s náhlým, vůlí neovladatelným, imperativním nucením na močení, součást OAB (overactive bladder – hyperaktivní močový měchýř).
- Paradoxní inkontinence – odtékání moči z přeplněného močového měchýře.
- Reflexní inkontinence – odtok moči způsobený abnormální reflexní aktivitou. Je bez pocitu nucení, chybí inhibice reflexu mikce. Vyprazdňování moči se stává nechtěným reflexním aktem na úrovni sakrální míchy.

Extrauretrální inkontinence moči: Obecně lze říci, že jde o trvalý odtok moči jinou cestou než uretrou.

- Vrozená (kongenitální) - rozštěp močového měchýře, ektopické vyústění močovodu.
- Získaná – píštele vzniklé po úrazech, nebo operacích. (⁵)

Výskyt jednotlivých forem močové inkontinence je u stresové formy 35-45 %, urgentní formy 25-35 %, smíšené formy (kombinace stresové a urgentní formy) 20-40 % a ostatních forem 5-10 %. (⁶)

4 Stresová inkontinence moči

4.1 Příčiny

Příčinu stresové inkontinence nelze hledat pouze v jediném faktoru, těch je více. Tudíž jí označujeme za multifaktoriální. Etiologie stresové inkontinence moči souvisí s ochablostí dna pánevního, prolapsem (výhřezem) a descenzem (sestupem) dělohy a poševních stěn, deficitem estrogenů v menopauze. Tyto tři faktory jsou označitelné jako predispozice vzniku stresové inkontinence moči žen. Jde o pasivní únik moči uretrou jako následek zvýšení intraabdominálního tlaku, který vzniká při insuficienci uzávěrového mechanismu, bez současné kontrakce detrusoru. Pro udržení moči je nezbytný neporušený uzávěrový mechanismus uretry, dobrá anatomická podpora uretrovezikální junkce, baze močového měchýře a proximální uretry. Uretra leží na vrstvě, která se skládá z pubocervikální fascie a přední stěny pochvy. Stabilita této vrstvy je udržována její bilaterální fixací k arcus tendineus fasciae pelvis. V průběhu zvýšení intraabdominálního tlaku je uretra stlačena proti této suburetrální podpůrné vrstvě a při jejím porušení je přenos zvýšeného intraabdominálního tlaku na uretru nedostatečný. Současně se zvyšuje mobilita hrdla močového měchýře, což může vést k rozvoji stresové inkontinence moči (SUI). Druhý nejčastější důvod rozvoje SUI, je porucha uretry jako svěrače (intrinsic sphincter deficiency – ISD). Zvýšená mobilita hrdla močového měchýře u žen s inkontinencí moči může být sdružena s ISD, u některých žen naopak ne. ISD může vzniknout následkem abnormality uretrální pojivové tkáně, uretrálního cévního zásobení, změn povrchového napětí sliznice uretry a dalších faktorů. (²; ⁷)

4.2 Rizikové faktory a symptomatologie

Rizikové faktory: V dnešní době jsou nejvíce diskutovaným tématem ve spojení s inkontinencí moči těhotenství a porod. V těhotenství vlivem estrogenů vzniká určitá poddajnost tkáně, tím pádem i její oslabení. Při vaginálním porodu vnikají drobná skrytá poranění svalů dna pánevního, která jsou nahrazena vazivovou tkání a zhojí se jizvou. Tento defekt se může projevit až po mnoha letech. Platí u nekomplikovaných vaginálních porodů, s častějším výskytem u porodu velkých plodů, instrumentálním vaginálním porodem a porodem s velkým poraněním. Dále se vyskytuje po prolongovaných porodech, kde se manifestuje útlak měkkých tkání porodního kanálu s následnou hypoxií tkáně. Některé studie ukazují na nižší výskyt inkontinence moči u žen po porodech císařským řezem. Pokud žena podstoupí tři nebo více císařských řezů, toto tvrzení se nenaplní a riziko zůstává stejné jako u vaginálního porodu. Rizikový faktor je dále BMI rodičky nad 30, věk prvorodičky (nad 30 let), váhový odhad plodu nad 4000g (vyšší riziko porodního poranění, útlak měkkých tkání porodního kanálu). (⁸)

Dalšími rizikovými faktory jsou nedostatek pohybu, nebo naopak nadměrná fyzická námaha způsobující jednostranné přetížení. Nevhodná práce ženy, trvale v předklonu, nebo vsedě. Užívání některých lékových skupin například antihypertensiva. Chronický kašel při astmatu či kuřáctví. Velké gynekologické operace. Dalším velmi důležitým rizikovým

faktorem je obezita, která sama přispívá k poklesu pánevních orgánů a zeslabení svalů pánevního dna. U klientek se stresovou inkontinencí moči přesahuje v 80% BMI 26. Obezita může sehrát roli v léčbě, zvýší se riziko selhání operační metody. (⁵; ⁹)

Symptomatologie: Pro posouzení závažnosti stresové inkontinence moči se užívá v klinické praxi dělení dle Ingellmana – Sundberga do třech stupňů.

- I. stupeň - unikání moči po kapkách při kašli, smíchu, kýchnutí, při zvedání těžkých břemen; k unikání moči dochází jen v situacích spojených s poměrně náhlým zvýšením nitrobřišního tlaku; moč odtéká přerušovaně.
- II. stupeň - unikání moči dochází při běhu, skocích, vstávání z lůžka, chůzi, chůzi po schodech, při lehčí fyzické práci; moč uniká v situacích spojených s mírnějším vzestupem nitrobřišního tlaku.
- III. stupeň - moč odtéká téměř pořád při pomalé chůzi, v klidu ve vzpřímené poloze i vleže na lůžku; moč uniká při minimálním vzestupu nitrobřišního tlaku. (⁵)

4.3 Diagnostika

Řádnou diagnostikou se nastaví správný léčebný plán. Obecně lze říci, že vyšetření se dělí na základní a specializované metody. Mezi základní vyšetřovací metody patří pečlivé odebrání anamnézy, provedení fyzikálních vyšetření a laboratorních testů. Do specializovaných vyšetřovacích metod spadá provedení klinických testů, endoskopie, urodynamiky a zobrazovací metody podle potřeby.

4.3.1 Základní vyšetření

Anamnéza rodinná: výskyt inkontinence, výskyt anomálií močových cest, výskyt anomálií sakrální míchy. *Anamnéza osobní:* výskyt interních chorob (ateroskleróza, iktus, diabetes mellitus, infekty močových cest), neurologické choroby (výhřez meziobratlových plotének, sclerosis multiplex), farmakoterapie (antihypertenziva, diuretika, centrální myorelaxancia, psychofarmaka). Dále se vyšetřující zajímá o rizikové faktory (obezitu, sestup pánevních orgánů, chronický kašel). Je nutno zvážit věk ženy, poruchy hybnosti, prostředí, ve kterém žije, duševní stav. *Anamnéza gynekologická:* úrazy, operační výkony a zánětlivé procesy v malé pánvi, údaje o menstruačním cyklu. Důležitá je porodnická anamnéza (průběh porodu, porodní hmotnost plodu, porodní poranění, operační porody, četnost těhotenství). *Anamnéza urologická:* zjišťuje se doba vzniku prvních obtíží a souvislosti, při kterých k ní došlo, závislost na denní době, pitném a dietním režimu, defekačnímu režimu, frekvence nočních a denních mikcí, možnost přerušení močového proudu, jeho síla, urgency (naléhavost), provokační momenty (kašel, kýchnutí, smích, chůze ze schodů), inkontinence při koitální aktivitě, obtíže - tlak, bolest za symfýzou, polakisurie (pálení, řezání při močení), hematurie (příměs krve v moči), tlak v oblasti rodidel, informace o hygienických návycích (výměna absorpčních pomůcek). *Anamnéza pracovní:* stupeň pracovní zátěže břišní stěny (fyzická náročnost povolání), u duševně pracujících velikost psychické zátěže a psychotraumatizující momenty.

K upřesnění diagnózy se užívá *mikční deník – mikciogram*, kde si žena zaznamenává dobu močení, příjem tekutin, epizody inkontinence, množství moči a další údaje. Využívá se velké množství dotazníků, avšak jejich princip zůstává stejný. Existují strukturované, anamnestické, příznakové dotazníky, dotazníky, které se zaměřují na kvalitu života, zkoumání psychosociálních dopadů onemocnění.

Základem pro *laboratorní vyšetření* je chemické, bakteriologické vyšetření a vyšetření močového sedimentu k vyloučení proteinurie, glykosurie, hematurie, pyurie. K častosti zdroje infekce v poševním prostředí by mělo být zařazeno mikrobiologické vyšetření stěru pochvy.

Fyzikální vyšetření (součástí gynekologického) zahrnuje palpační vyšetření malé pánve, vyšetření per rectum, kalibraci močové trubice, sleduje se výskyt strií na břišní stěně (stav pojivové tkáně), stav hráze, jizvy po episiotomiích. Ve speklech se vyšetřuje pokles poševních stěn a dělohy, stav poševní sliznice, přítomnost poševního fluoru, píštělí. Sleduje se uretrovezikální spojení v klidu a po zatlačení. ⁽¹⁰⁾

4.3.2 Specializovaná vyšetření

Klinické testy slouží k upřesnění příčiny vzniku obtíží a patří k nim:

- *Pad-weight test* – slouží k objektivizaci a kvantifikaci úniku moči. Vážení vložek, plen před a po spontánním naplnění močového měchýře s následným vykonáváním určitých aktivit, které mohou potencovat únik moči (chůze i chůze do schodů, opakované vstávání ze sedu, kašláním, minutový běh na místě, zvedání předmětu z podlahy, umýt si ruce v proudu vody). Pozitivní je při ztrátě moči větší než 2g. Kromě tohoto hodinového testu se používá: *48hodinový test* – kontrola klientky doma i v práci a *40minutový test* – zahrnuje aktivity hodinového testu, ale močový měchýř je naplněn na 75 % své maximální kapacity.
- *Marshallův test* – měchýř se naplní sterilní tekutinou. Ženě se stresovým typem inkontinence moči při zakašlání ve stoje odtéká moč.
- *Bonneyův test* – po předchozím testu dvěma prsty nadzvedneme tkáň vedle uretry v místě krčku měchýře, pak při kašli moč neodtéká.
- *Q-tip test* – umožňuje orientaci o mobilitě uretrovezikální junkce. Do močové trubice se zavede lubrikovaná vatová štětička, klientka zatlačí jako na stolicí. Při normálním stavu uretrovezikální junkce se poloha štětičky nemění, při uvolněné uretrovezikální junkci opisuje štětička polokruh směrem vzhůru o více jak 30°.
- *Cough test* – po naplnění močového měchýře 300ml sterilní tekutiny je klientka vyzvána ke kašli. Pozitivní test je shledán při každém úniku.

Urodynamické vyšetřovací metody zahrnují řadu metod, které slouží ke zhodnocení tlakových poměrů v dolních močových cestách, průtok moči a elektrické svalové potenciály. Metody popisují transport moči a jeho poruchy. Tvoří základ ve vyšetřování stresové inkontinence moči.

- *Cystometrie* – sleduje změny tlaku v závislosti na měnícím se objemu náplně močového měchýře.
- *Uretální tlakový profil* – měření intrauretrálního tlaku v klidu, při zvýšeném intraabdominálním tlaku a během močení.
- *Uroflowmetrie* – je kvalitativní a kvantitativní vyšetření močového proudu v uretře. Výsledná křivka znázorňuje rychlost protékající moči v čase.
- *Elektromyografie* – je metoda, která za použití povrchových nebo jehlových elektrod sleduje elektrické potenciály vyvolané depolarizací příčně pruhovaného svalstva pánevního dna.

Leak point pressure označuje tlak, při kterém uniká moč z uretry. Děje se tak při zvýšení intraabdominálního tlaku, bez kontrakce detruzoru. Vyšetřovaná žena se požádá, aby zakašlala. Hodnotí se únik moči přímým pozorováním, fluoroskopicky, při ultrazvukovém vyšetření (dále UZ).

Další skupinou diagnostických metod jsou *zobrazovací metody*.

- *Cystouretroskopie* – endoskopická metoda vyšetření močového měchýře, močové trubice. Nezbytné při vyloučení závažných patologií, při diagnostice inkontinence moči nemají velký přínos. Kombinuje se s kalibrací uretry.
- *Intravenózní vylučovací urografie (IVU), videocystourografie (VCU), videourodynamika (VUDS), řetězková boční uretrocystografie* – jsou vyšetření, které klientku více zatíží, nejsou rutinně indikovány ke zjištění příčiny inkontinence moči, ale mohou pomoci při hodnocení stupně poškození v oblasti pánve.
- *Ultrazvukové vyšetření (UZ)* – vyšetření je dostupné, méně invazivní, vytěsňuje rentgenologické metody. Vyšetření k hodnocení pozice a mobility uretry, hrdla a baze močového měchýře a další parametry. UZ může zhodnotit typ a příčinu močové inkontinence, nabízí pohled na pánevní orgány, umožňuje zpětnou vazbu při kontrole léčebného efektu.
- *Magnetická rezonance* – podává velmi kvalitní informace o strukturách pánevního dna, jeho funkci a defektech. Její nevýhodou je vysoká finanční a časová náročnost. Proto se v klinické praxi používá u komplikovaných případů.
- *Kontrastní radiografie* – může být statická či dynamická, může zahrnovat mikční kolpo-cysto-uretrografii, defektografii, perineografii a pánevní skiaskopii. (²; ¹¹)

5 Prevence

Prevence stresové inkontinence moči začíná již v raném dětství, kdy se navozují správné mikční návyky. Upevnění reflexních nervových oblouků kontrolujících shromažďování moči je předpokladem pro správnou funkci močového ústrojí. Další doporučení vyplývají z celkového zodpovědného postoje k sobě samé. Dodržování pravidelného intervalu močení (minimálně každých 4-5 hodin, vymočení před spaním), močit při plném močovém měchýři (nechodit jen „pro případ“, aby nedošlo ke snížení kapacity močového měchýře). Dodržování vhodného pitného režimu (alespoň 2 litry tekutiny denně, vhodné nepít cca 2-3 hodiny před spánkem, eliminovat nápoje s obsahem kofeinu, alkoholu, nárazový příjem tekutin). Při močení a defekaci zajistit klid, intimní prostředí a uvolnění. Péče o pravidelnou stolicí (pitný režim, dostatek vlákniny). Udržování přiměřené tělesné hmotnosti, dostatek pohybové aktivity s ohledem na celkový zdravotní stav. Vyhýbání se stereotypní fyzicky náročné práci. Hygiena (udržování čistoty, nošení vzdušného a volného prádla) a hygiena pohlavního života (vymočit se, osprchovat po pohlavní aktivitě). S tím souvisí i předcházení infekcím močopohlavního ústrojí a jejich případná důkladná léčba (již od mládí je třeba při příznacích vyhledat lékaře). V období těhotenství a po porodu pečovat o správnou funkci ledvin a močových cest (péče o vylučování moči v graviditě, šetrný porod, následné důkladné ošetření porodních poranění, vědomá snaha o posílení svalů dna pánevního, obnovu správné mikce v šestinedělí). Toto doporučení vychází z faktu, že vaginální porod představuje nejvyšší rizikový faktor pro rozvoj stresové inkontinence moči. Plod porodní váhy nad 4000g, rodička s hodnotou BMI nad 30, vyšší věk prvorodičky (nad 30 let) a prolongovaná druhá doba porodní, jsou stavy, které by měly být indikací k ukončení gravidity císařským řezem. Spadá sem řádné ošetření porodního poranění po klešťovém porodu, ruptury vyššího stupně. Další opatření spočívá ve včasném nasazení hormonální substituce (v období klimakteria a postmenopauzy vyhasíná tvorba estrogenů, které podporují dobrou funkci závěsného aparátu vnitřních pohlavních orgánů a dolních močových cest). Je důležité radikální řešení nikotinismu (chronický kašel). ⁽¹²⁾

6 Terapie stresové inkontinence moči

Cílem léčby je dosáhnout plné kontinence, zmírnit obtěžující symptomy, omezit vznik komplikací a zlepšit kvalitu života. Na základě vyšetření inkontinentní klientky musí být rozhodnuto o konkrétní formě léčby. Úspěch léčby spočívá v kvalitní spolupráci lékaře a klientky. Klientka musí být důkladně poučená, dobře motivovaná a musí důvěřovat ošetrovatelskému týmu. Konzervativní léčba ženy spadá do péče gynekologické nebo urologické ambulance. Chirurgický způsob léčby vyžaduje hospitalizaci na operačním gynekologickém nebo urologickém oddělení. Péče je interdisciplinární, zahrnuje spolupráci s internistou, nefrologem, neurologem, geriatrem, radiologem a podobně. ⁽¹³⁾

6.1 Konzervativní terapie

Při zahájení terapie se doporučuje začít s konzervativními postupy. Do konzervativních postupů patří úprava životosprávy a snížení tělesné hmotnosti. Ve většině případů je léčebný efekt pouze dočasný. Cílem konzervativní terapie je posílení svalů dna pánevního fyzioterapeutickými postupy. K nim patří: *gymnastika pánevního dna – pomocí Kegelových cviků*. Dr. Arnold Kegel již v 50. letech minulého století poukázal na možnost léčby SUI pomocí těchto cviků. Žena musí být náležitě poučena o pravidelnosti cvičení (denně 10 min.). Výsledky léčby se dostaví většinou až po delší době (cca tři měsíce), musí být tedy trpělivá a dobře motivovaná. Je optimální zajistit návaznost na fyzioterapeuta. ⁽²¹⁾ *Kinetické cviky pánevního dna*, při nichž dochází k volní kontrakci svalových struktur pomocí cviků s vaginálními kónusy, ty se žena snaží udržet v pochvě. Žena si uvědomí, které svaly je nutné ovládat při přerušování mikce. Další způsob zlepšení stavu pánevního dna je tzv. *němá gymnastika*, která je prováděna, aniž by okolí zaregistrovalo. Žena je v jakékoliv poloze (doma, tramvaj, fronta na doklady), snaží se krátce a pak rychle kontrahovat a relaxovat svaly pánevního dna. ⁽²⁰⁾

Biofeedback je biologická zpětná vazba, kdy se používá změn intravaginálního tlaku nebo elektromyografické aktivity k získání zpětné vazby. Intenzita změny při kontrakci svalů pánevního dna je demonstrována opticky, akusticky, či formou grafu na displeji přístroje. Principem metody je získání povědomí o činnosti jednotlivých svalových skupin k nácviku kontrakce a relaxace.

Elektroterapie je založena na aktivaci nervů zásobujících sval. Využívá se ke zlepšení trofiky pánevních svalů a posilování svalů dna pánevního. Užívá se několik způsobů podle délky aplikace a intenzity elektrického proudu. Elektrický proud se nejčastěji aplikuje pomocí povrchových snímacích elektrod (adhezivní, vaginální, rektální). Tato metoda má pouze dočasný efekt, končí po ukončení stimulace.

Vaginální kónusy, sada několika závaží kónického tvaru, která mají uvnitř uložena kovová závaží o vzrůstající hmotnosti. Žena si kónus s nejlehčím závažím zavede do pochvy a chvíli s ním chodí. Závaží má tendenci vyklouznout, musí žena stahovat svaly pánevního dna, čímž je posiluje. Když kónus bezpečně a opakovaně udrží, zavádí si závaží těžší.

Kolpexin je dutá plastová kulička s volně se pohybující menší kovovou kuličkou uvnitř. Klientce se změří kalibrační sondou prostornost pochvy a vybere vhodná velikost plastové kuličky tak, aby co nejtěsněji naléhala na poševní stěny. Klientka si kolpexin zavede hluboko do pochvy a dvakrát denně 30 minut se s ním pohybuje. Při pohybu se rozpohybuje olověná kulička uvnitř, která naráží do poševních stěn, tím dává mechanické impulzy svalům pánevního dna, které reagují kontrakcemi. Tím se posiluje jejich kontrakční schopnost. ⁽¹⁴⁾

Medikamentózní léčba nemá u stresové inkontinence moči velký význam. Užívá se v léčbě klientek s lehčí až střední inkontinencí, které si nepřejí být operovány, nebo je chirurgická léčba kontraindikována. Indikací je minimální anatomický defekt uretrovezikální junkce, baze močového měchýře a proximální uretry, či u žen s ISD. Medikamentózní léčba je zaměřena na zvýšení intrauretrálního tlaku zvýšením tonu hladkých svalů uretry nebo ovlivněním tonu příčně pruhovaných svalů uretry a pánevního dna. Farmaka jsou lokální (aplikace na poševní sliznici, hlavně po menopauze) nebo celková. Doporučení pro praxi zní, medikamentózní léčbu SUI, začít vaginálně aplikovanými estrogeny (Ovestin, Vagifem), výhledově u žen s minimálním sestupem rodidel a dolních močových cest, žen s ISD, neúspěšně operovaných začít léčbu duloxetinem. U smíšeného typu inkontinence moči podávat imipramin (Melipramin). V medikamentózní léčbě se velmi dobře uplatňují antidepresiva. Jejich mechanismus účinku není zcela jasný. ^(11; Příloha C)

Pomocné prostředky slouží jako předoperační zkouška efektu léčby, jako definitivní léčba se užívá zcela výjimečně. Patří sem *poševní pesary* – zvedají krček močového měchýře, imobilizují ho a komprimují močovou trubici. Komplikací aplikace nevhodné velikosti pesaru jsou ulcerace poševní sliznice s přítomností hnisavého fluoru. *Uretrální okluzory* fungují jako uměle tamponující protéza. ⁽¹⁴⁾

Protetické pomůcky jsou spolehlivé a bezpečně chrání před prosáknutím moči. Musí být určeny pro absorpci moči. Trh nabízí velké množství vložek, plen, speciálních kalhotek, sběrných sáčků. Všechny produkty jsou k dostání v různých velikostech, kvalitách, parfémované (eliminace zápachu). Nevýhodou zůstává fakt, že tyto prostředky neléčí, ale pomáhají překonávat nechtěný únik moči. ⁽¹⁵⁾

6.2 Chirurgická terapie

Chirurgická léčba je dominantní metodou v řešení SUI. Cílem chirurgické léčby je obnovení kontinence při užití operačních metod, které minimalizují morbiditu a umožňují co nejrychlejší pooperační zotavení klientek. Základním principem operačních technik je zajištění polohy močové trubice proti poklesu při zvýšeném nitrobršním tlaku. Existuje mnoho typů operací, jsou však vybírány ty, které mají nejvyšší léčebný efekt, nejmenší procento peroperačních a pooperačních komplikací. Při volbě chirurgického operačního postupu musí být žena posuzována individuálně s ohledem na její celkový zdravotní stav, věk, paritu, sexuální život a v neposlední řadě na její vlastní názor a přesvědčení. Operace mohou probíhat přístupem abdominálním, vaginálním a kombinovaným. ⁽¹²⁾

Závěsné operace bez a s implantátem

Kolpopexis sec. Burch. Cílem této operace je fixace hrdla močového měchýře a proximální uretry pomocí bilaterální sutury přední poševní stěny a endopelvické fascie v úrovni hrdla močového měchýře k ligamentu iliopectineum nevstřebatelným šicím materiálem. Operace se provádí z abdominálního přístupu, což prodlužuje rekonvalescenci. Nyní lze tuto klasickou operaci provádět z laparoskopického přístupu. Původně doporučená elevace hrdla močového měchýře mohla vést k mikčním poruchám a rozvoji urgencye, proto se od ní ustoupilo. (Příloha D)

Marshalllova-Marchettiho-Krantzova operace. Předchůdce operace dle Burche. Podepření uretry a baze močového měchýře stehy, které se fixují k periostu, či chrupavky stydké spony. Operace se provádí z abdominálního přístupu, kdy se správné umístění stehů kontroluje z přístupu vaginálního. Hrozí vznik retropubického hematomu, který může zhnisat a vytvořit absces. Od této operace se ustoupilo z důvodů obtížnosti výkonu.

Závěs hrdla močového měchýře páskou – sling operation. Podstatou výkonu je zavěšení proximální uretry a uretrovezikální junkce na smyčku, která při zvýšení intraabdominálního tlaku komprimuje uretru. Tato páska může být z různého materiálu: autologní organická, z fascie břišních svalů či poševní stěny; heterologní organická, z dura mater (Lyodura); syntetických materiálů (Dacron, Prolen, Mersilen). Přístup je vaginální, postupuje se preparací jako při přední plastice, zachycením smyčky a jejím sešitím. Údaje o úspěšnosti se různí.

Závěs uretry podle Pereyry-Stameyho-Ratze. Tato operace patří mezi abdominálně vaginální výkony. Při operaci se provádí suspenze uretrovezikální junkce vzhůru a ventrálně za symfýzu. V dlouhodobém časovém odstupu je úspěšnost této operace nižší než u dříve jmenovaných výkonů. ⁽¹⁶⁾

Retropubické páskové operace

Vaginální tahuprosté páskové operace (tension-free). Roku 1995 Ulmsten a Petros (Švédsko) vydali práci, ze které vyplynuly nové možnosti operační metody. V České Republice zavedena v roce 1998. Při této operaci je protažena páska pod střední částí uretry za symfýzu. Páska je udržována ve stálé pozici tzv. „velcro“ efektem mezi živou tkání a syntetickým materiálem, pokud se nezahojí. Výhodou je miniinvazivní přístup s jednodenní chirurgií a rychlou rekonvalescencí. Postupný vývoj (využití moderních materiálů, klinické studie, spolupráce farmaceutických společností se specialisty operatéry) této operační techniky přinesl mnoho alternativ této základní metody.

TVT (tension free vaginal tape) – tahuprostá vaginální páska. Nahrazením pubouretrálních ligament vytvoří oporu močové trubice volnou vaginální páskou. Operační systém se skládá z kovových zavaděčů, polypropylenové pásky v plastovém obalu, ten umožní lepší průnik tkání, zabrání natažení a kontaminaci během retropubického vedení, dále je

součástí kovový vodič na močový permanentní katétr, který umožní manipulaci s uretrou. Existuje celá řada dalších pásek, liší se způsobem zavádění, vedení jehel z vaginální incize vypíchnuté suprapubicky či obráceně. Vývojem vznikla nová páska TVT EXACT^R, veškeré příslušenství je určeno na jednorázové použití, postup operace je stejný. (¹⁷; Příloha E)

Transobturátorové páskové operace

Transobturátorová páska (transobturator tape). Koncept tahuprosté pásky z monofilamentního prolenu umístěné pod střední uretru při užití minimálně invazivní operační metody byl široce akceptován odbornou společností k řešení SUI jako alternativa k dřívějším operacím, tím se zásadně změnil management řešení SUI. U operační techniky TVT bylo zaznamenáno více komplikací, proto přešla většina specialistů k operaci, která je vedena kolem dolních ramen stydké kosti - *TOT, TVT-O (transobturator tape/out-in; in-out)*. Transobturátorový přístup out-in byl uveden do praxe Delormem v roce 2001, ve snaze vyhnout se komplikacím, umístit pásku v souladu s pánevní anatomíí (příkladem páska AlignTMTO). V roce De Leval 2003 uvedl do operativy in-out transobturátorové vedení pásky (TVT-O), při kterém je páska vedena z incize na přední stěně poševní zevně kolem ischiopubického ramene pubické kosti (příkladem TVT-O^R, nová páska TVT ABBREVO^R). (²; Příloha F)

Minipáskové operace

Výhodou minipásek je jedna incize. Liší se výrobcem a způsobem ukotvení (příkladem TVT SECUR^{*} System – od toho se ustoupilo, MiniArc, AjustTM). Délka těchto pásek je dána výrobcem, nerespektuje anatomickou individualitu klientek.

Proč užívat syntetickou pásku? Výhodou syntetického materiálu je trvanlivost, dostupnost a zachování pevnosti v tahu. Základní proces začlenění syntetického materiálu do okolní tkáně je rychlá inkoherece elastinu a kolagenu do materiálu pásky. Kolagen a elastin jsou hlavní komponenty nutné pro zachování integrity tkáně. Ta je důležitá pro podporu pánevních orgánů, jejich defekt ve struktuře či množství hraje roli v poruše funkce a v rozvoji SUI. Pásky proto musí splňovat některé požadavky, napomáhat hojení, minimalizovat zánětlivou reakci a být biokompatibilní. Evidence based medicine doporučuje použití polypropylen – dle klasifikace Amida typ 1, je dostatečně pružný, makroporézní a monofilamentní. (²)

Periuretrální aplikace Bulking agents

Mezi léčebné operační metody SUI, patří *Bulking agents*. Tato metoda má dlouhou historii s použitím různých materiálů (parafin, teflon, kolagen, silikon, kyselina hyaluronová), léčebný efekt byl jen dočasný, některé se vstřebaly, jiné migrovaly, příkladem teflon do plic). Na materiály jsou kladeny vysoké nároky, to znamená i vyšší finanční zatížení. Bulkamid^R Hydrogel (složení polyakrylamid 2,5 %, apyrogenní voda 97,5 %). Jeho efekt je způsoben objemem aplikované látky, nemá mikropartikule a je hydrofobní, nevyvolává

intenzivní reakci na cizí těleso se vznikem jizevnaté tkáně, eroze či granulační tkáně. Stálá výměna vody mezi hydrogelem a okolní hostitelskou tkání je prevencí dlouhodobých komplikací (infekcí). Bulkamid^R Hydrogel se aplikuje v lokální anestezii pod optickou kontrolou do podslizniční vrstvy uretry, za účelem zlepšení jejího uzávěru. (¹⁸; Příloha G)

6.2.1 Možné komplikace chirurgické léčby

Operačním trendem zůstávají páskové operace. Zde jsou uvedeny jejich možné komplikace. Komplikace chirurgické terapie se dělí na *časné a dlouhodobé*. Časné komplikace jsou ještě rozděleny na komplikace perioperační (krvácení, vznik hematomu, poranění močového měchýře, vzácně poranění velkých cév a střeva), pooperační (retence moči, infekce močových cest, bolest v tříslech týden po operaci). Mezi dlouhodobé se řadí vznik urgencye, protruze pásky, recidivující infekce močových cest, dyspareunie, ztráta orgasmu, chronické neuralgie, absces, píštěle, velmi vzácně osteomyelitis, absces v třísle. Při operačních výkonech se snaží komplikacím předcházet souborem bezpečnostních opatření perioperační a pooperační péče. (¹⁹)

7 Psychologie stresové inkontinence moči

Inkontinence moči ovlivňuje většinu potřeb ve všech úrovních pater pyramidy životních potřeb, která vychází z hierarchie potřeb dle Maslowa. V nejnižší úrovni zasahuje do fyziologických potřeb, kdy strach z úniku moči vede ženy k omezení příjmu tekutin a vysazení diuretik. Nechtěný únik moči má největší vliv na nejvyšší patro psychosociálních potřeb, sebepojetí a sebeúcta. Strádající ženy se vzdávají mnohého ze svého běžného života, dochází k poškození sociálních vazeb, partnerských a sexuálních vztahů, profesního zařazení, volnočasových aktivit i celkové spokojenosti. Ženy organizují svůj život dle „umístění toalet“. ⁽²³⁾ Inkontinence moči není onemocnění, které ženu ohrozí na životě, ale výrazně ovlivní jeho kvalitu. Kvalita života (Quality of live) je jedním z nejpoužívanějších termínů moderní medicíny. V současné době, kdy dochází k prodloužení délky života, převažují chronická onemocnění nad akutními, je hlavním cílem medicíny samotné prodloužení života a hlavně zlepšení jeho kvality. Při definování kvality života je hlavně míněna kombinace aspektů zdraví hodnocených klientem. Patří sem fyzické, psychické (emoční a duševní stav) a sociální funkce, zatížení příznaky a pocit celkové pohody. ⁽²⁴⁾ Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví nejen jako absenci nemoci, ale jako stav kompletní fyzické, psychické a sociální pohody. ⁽²⁵⁾ Přestože naprostá většina inkontinentních žen se špatně vyrovnává se samovolným únikem moči, v mnoha případech to svému lékaři vůbec neoznámí. Některé ženy se stydí svěřit lékaři svůj intimní problém, jiné se obávají nákladů na léky a pomůcky. Některé se domnívají, že léčba jejich obtíží není možná. ⁽²⁶⁾

8 Edukace klientek se stresovou inkontinencí moči

Dosažení a udržení standardu ošetrovatelské péče vyžaduje od všeobecných sester a porodních asistentek stále nové požadavky na vědomosti a dovednosti. Velký důraz se v dnešní době klade na zdokonalování komunikačních schopností, jelikož práce všeobecných sester i porodních asistentek vyžaduje nejen schopnost pečovat o fyzickou stránku klientky, ale v čím dále větší míře se ošetrovatelská péče o klientku týká psychosociální a spirituální stránky osobnosti. ⁽²⁷⁾ Součástí ošetrovatelské péče je *edukace*, která se pokládá za jednu z funkcí ošetrovatelství. Do zdravotnické praxe jsou zaváděny nové vyšetřovací a léčebné metody. Klientky přicházející do zdravotnického zařízení se mnohdy v neznámém prostředí špatně orientují a tento vstup je pro ně často stresující. Stres většinou prohlubuje nedostatek kvalitních informací o způsobech léčby a zásadách správné životosprávy. Úkolem sester je poskytnout ženám takové vědomosti i dovednosti, které jim pomohou obnovit zdraví, nebo jej pomohou udržet na kvalitní úrovni. Navázání kontaktu se ženou, získání zájmu ženy a motivace k spolupráci je výchovné působení, které vede k úspěchu edukace. Edukace se zpravidla dělí na čtyři fáze:

- Zhodnocení klientky – sestra se snaží odhalit úroveň vědomostí, dovedností, návyků a postojů klientky.
- Projektování – sestra plánuje cíle, zvolí metody, obsah a formu edukace.
- Realizace – vychází z plánu edukace, směřuje k naplnění cíle.
- Hodnocení výsledků – zhodnocení výsledků edukace (kontrola informovanosti, osvojení dovednosti).

Jedině správně vedená edukace, která bere na vědomí bio-psycho-sociální a spirituální potřeby klientky, zvýší zdravotní osvětu obyvatelstva a zdraví jedinců ve společnosti. Předpoklady všeobecné sestry a porodní asistentky v roli edukátorky jsou dobré teoretické znalosti, praktické dovednosti, empatie, komunikační schopnosti a ochota ženám pomoci. Tento soubor předpokladů vede ke správné komunikaci mezi ošetrovatelským personálem a klientkou. ⁽²⁸⁾

Komunikace je nedílnou součástí edukačního procesu a dělí se na verbální a nonverbální. Verbální komunikace je vyjádření pomocí slov. Při jejím vedení by měli zdravotníci dbát na to, aby komunikace byla jednoduchá, srozumitelná, výstižná, dobře načasovaná, přizpůsobená schopnostem a znalostem klientky. Sestry musí ovládat umění mluveného slova, dávat přednost českým výrazům před odbornými termíny. Při slovním projevu musí mít vždy na paměti, proč komunikují, ke komu hovoří, v jakém prostředí se nachází, kdy vedou rozhovor a kolik času na něj mají vyhrazeno. Předávání informací by mělo být vždy srozumitelné, logicky uspořádané a zajímavé pro druhou stranu. Nonverbální komunikace se uskutečňuje mimoslovně, doplňuje verbální projev a zesiluje jeho účinek. Nonverbální komunikace zahrnuje mimiku (pohyby obličejových svalů), proxemiku (přiblížení vs. oddálení), gestiku (pohyby horních končetin), haptiku (dotečky), kinetiku (pohyby těla), pohled z očí do očí, posturologii (postoj těla) a úpravu zevnějšku. ⁽²⁹⁾ Problém

inkontinence moči žen vybízí ke komunikačním schopnostem. Ženy často považují za neslušné o tomto tématu hovořit a stydí se za své obtíže. Přisuzují své obtíže vícečetným porodům, velké fyzické zátěži, často se též domnívají, že neexistuje řešení obtíží. Některé přisuzují obtíže přibývajícím rokům, domnívají, že se s nimi musí smířit. Průměrně se klientka dostaví k lékaři, od vyskytnutí prvních příznaků, za tři roky. ⁽³⁰⁾ Jedním ze základních znaků moderního ošetrovatelství je jeho preventivní charakter. Proto se sestry aktivně podílí na edukaci klientek. Obecně lze říci, že jde o režimová opatření v příjmu tekutin, úpravě životního stylu. Doporučí ženě omezení příjmu kávy, čaje, alkoholu vzhledem k jejich diuretickému a dráždivému účinku na močový měchýř. Žena musí být informována o vhodnosti sportů jako je plavání, jízda na kole a běžné cvičení (pilates, kalanetika, jóga), naopak se nedoporučuje vyhledávat sporty s tvrdými doskoky, protože se zvyšuje nitrobřišní tlak. Obézním ženám se citlivým způsobem doporučí redukce hmotnosti nejlépe pod odborným vedením. Informuje ženu o nevhodnosti zvedání a nošení těžkých břemen. Sestra klientce s chronickým nikotinismem doporučí program na odvykání kouření, vysvětlí negativní dopad kouření. Současně je klientka poučena o správné hygieně, raději sprcha než koupel, nekoupat se v přírodních zdrojích (zanesení infekce). Vyvarovat se prochladnutí. Žena je dotázána, které podněty vedou k nechtěnému úniku moči, měly by najít způsob, jak se podnětům vyhnout. Poučí ji o vedení mikčního deníku. Doporučí cviky na posílení pánevního dna, které může žena cvičit doma. Ve světě před zahájením léčby SUI, musí klientka půl roku navštěvovat fyzioterapii, pokud nedochází ke zlepšení stavu, tak se přistoupí k invazivnímu řešení (ekonomické hledisko). ⁽²²⁾ Sestra po celou dobu léčby poskytuje klientce psychickou podporu a je jí oporou. Často se dozví více informací než lékař, je tedy významným článkem při odebrání anamnézy. Odměnou za její práci jsou klientky, které mohou žít svůj život na plno. ⁽³¹⁾

9 Empirická část

9.1 Volba problému

Téma mé bakalářské práce je „Stresová inkontinence moči žen očima laické veřejnosti“, toto téma je mi velmi blízké. Pracuji na operačním sále jako perioperační sestra. Zde se denně setkávám se ženami, které podstupují chirurgickou korekci urogynekologických onemocnění. Vzhledem k aktuálnosti tématu mě zajímalo, kdy ženy navštíví odborníkova od výskytu prvního úniku moči, jestli se stydí o této problematice hovořit a jak společnost získává informace o problematice stresové inkontinence moči. Výzkum se věnoval ženám se stresovou inkontinencí moči i ženám zdravým.

9.2 Cíle výzkumného šetření

Hlavní cíl:

Analyzovat výskyt stresové inkontinence moči žen mezi veřejností.

Dílčí cíle:

Dílčí cíl č. 1.: Zjistit, kolik žen trpí stresovou inkontinencí moči.

Dílčí cíl č. 2.: Zjistit, kolik žen je informovaných o problematice stresové inkontinence moči před návštěvou odborného lékaře.

Dílčí cíl č. 3.: Konstatovat, že se ženy neobávají hovořit o úskalích úniku moči před odborným zdravotnickým personálem.

Dílčí cíl č. 4.: Doložit, že nejčastější formou terapie stresové inkontinence moči je léčba chirurgická.

Dílčí cíl č. 5.: Konstatovat, že jsou ženy spokojené s výsledkem chirurgické léčby stresové inkontinence moči.

9.3 Metodologie výzkumu

V mé bakalářské práci jsem pro získání dat kvantitativního výzkumu použila techniku dotazníkového šetření. (Příloha H)

Kvantitativní výzkum je metoda sběru dat vědeckého i nevědeckého zkoumání, která má za cíl popsat zkoumanou oblast. Výzkum se dá provádět několika metodami, avšak kvantitativní výzkum je pro svou jednoduchost a nenáročnost nejčastěji využíván. Kvantitativní výzkum je takový sběr dat, který je zaměřen na větší množství respondentů. Nejčastěji se využívá pro sběr dat forma dotazníku, který je dále zpracován a vyhodnocen. Kvantitativní výzkum zahrnuje shromažďování a analýzu numerických informací, které jsou zpracovány pomocí tabulek a diagramů, jeho zaměření je stručné a jasné, usuzování logické a deduktivní.

Dotazník můžeme definovat jako soubor vybraných otázek, které slouží k nashromáždění primárních dat. Takto lze s vysokou efektivitou vzhledem k potřebnému času a úsilí tazatele a respondenta i za relativně nízkých nákladů získat velké množství dat. Dotazník může být anonymní nebo neanonymní. Neanonymní vyžaduje písemný souhlas. Mezi nejčastější formy dotazování patří forma písemná. Respondenti odpovídají s rozmyslem a mají méně zábran při odpovídání na citlivější otázky. Nevýhodou dotazníkového šetření může být nízká návratnost a možnost, že respondent nemusí dotazník vyplňovat samostatně. ⁽³²⁾

V záhlaví dotazníku je uvedeno, za jakým účelem je dotazník distribuován a jak bude s výsledky naloženo. Nestandardizovaný dotazník je tvořen dvaceti sedmi otázkami. Otázky č. 20-27 jsou sociodemografické, týkají se věku žen, rodinného stavu, vzdělanosti, zaměstnání, místa bydliště, četnosti porodů, způsobu vedení porodu a možné určení urogynekologického onemocnění. Celý dotazník vyplňovaly ženy s inkontinencí moči, a zdravé ženy vynechaly otázky č. 5-8, č. 10 a 11, č. 14-19 a č. 22. V dotazníku jsou použity otázky otevřené (15 a 22), polootevřené (6, 16 a 19), uzavřené (1-5, 7, 9, 10, 12, 14, 17, 18, 20 a 21) a výčtové (8, 11, 13). Ženy odpovídaly na čtrnáct uzavřených otázek, kde vybraly ze dvou a více možných odpovědí. Ve třech polootevřených otázkách odpovídaly respondentky svými slovy, pokud si nevybraly z daných možností. Tři otázky jsou otevřené, zde ženy odpovídaly vlastními slovy. Tři otázky jsou výčtové, kde ženy uváděly kombinaci možností.

Pomocí kvantitativního výzkumu jsem se snažila nashromáždit informace potřebné ke splnění stanovených cílů. Vyplnění dotazníku bylo anonymní a dobrovolné.

9.4 Průběh a zpracování výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo na výše zmíněné klinice na urogynekologické ambulanci, dále pak u namátkově vybraných žen mezi veřejností od října do listopadu 2014. Po domluvě a instruktáži staniční sestry, dále distribuovaly porodní asistentky ženám v dané ambulanci. Dotazníky respondentky po vyplnění odevzdávaly zpět do rukou porodních asistentek. Distribuováno bylo celkem 130 dotazníků. Návratnost byla 120 dotazníků, přičemž 10 dotazníků bylo chybně vyplněno, proto bylo těchto 10 dotazníků vyřazeno z dalšího zpracování. Celý výzkum vycházel z počtu 110 správně vyplněných dotazníků. Přičemž 80 respondentek mělo problém s únikem moči, dalších 30 bylo zdravých. Otázky, které se týkaly obtíží spojených s únikem moči, zdravé ženy nevyplňovaly.

Odpovědi byly zpracovány a vyhodnoceny pomocí grafů a tabulek v programu Microsoft Word office a Microsoft Excel 2013.

Výsledky jsou vyjádřeny procentuelně se zaokrouhlením na dvě desetinná čísla, proto jejich prostý součet nemusí vždy odpovídat 100 %. Při zaokrouhlování bylo použito matematické pravidlo zaokrouhlování a to tak, že čísla 1 až 4 byla zaokrouhlena dolů a čísla 5 až 9 nahoru.

9.5 Charakteristika výzkumného vzorku

Cílovou skupinu dotazníkového šetření tvořily ženy, které jsem oslovila od října do listopadu 2014. Ženy potenciálně zdravé a ty, které navštívily specializovanou ambulanci urogynekologie.

Výzkum byl realizován v Praze na Gynekologicko-porodnické klinice VFN, Apolinářská 18, Praha 2. Vzorek žen potenciálně zdravých v Praze a Středních Čechách vybraných zcela náhodně.

Výsledky sociodemografických otázek jsou následující.

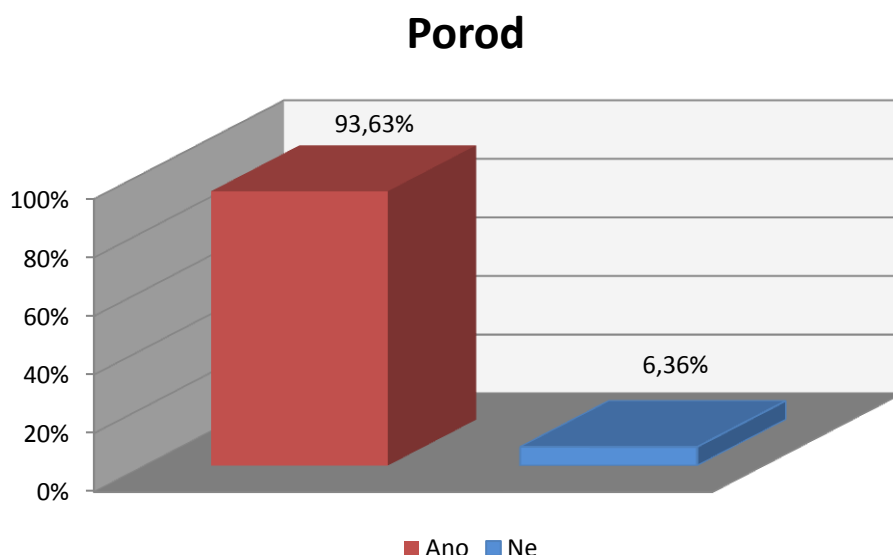
Vyhodnocení otázky č. 20

Otázka č. 20: Rodila jste? a) ano; b) ne

Tabulka č. 1: Porod

Porod	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	103	93,63%
Ne	7	6,36%
Celkem	110	99,99%

Graf č. 1: Porod



Otázku č. 20: Rodila jste? Celkem odpovědělo 103 žen ano, což činí 93,63 % z celkového počtu 110 (100 %) odpovídajících žen. Ne odpovědělo 7 žen, což je 6,36 % z celkového počtu odpovídajících žen.

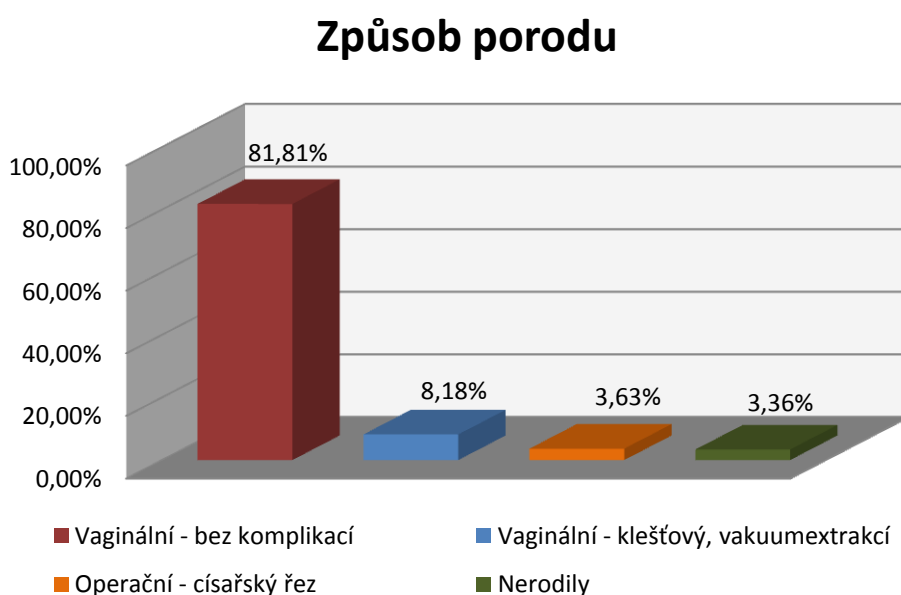
Vyhodnocení otázky č. 21

Otázka č. 21: Porod Vašich dětí byl cestou: a) vaginální – bez komplikací; b) vaginální – klešťový, vakuumextrakcí; c) Operační – císařským řezem

Tabulka č. 2: Způsob porodu

Způsob porodu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vaginální - bez komplikací	90	81,81%
Vaginální - klešťový, vakuumextrakcí	9	8,18%
Operační - císařský řez	4	3,63%
Nerodily	7	3,36%
Celkem	110	96,98%

Graf č. 2: Způsob porodu



Otázku č. 21: Porod Vašich dětí byl cestou: a) vaginální – bez komplikací; b) vaginální – klešťový, vakuumextrakcí; c) Operační – císařským řezem zodpovědělo 110 dotazovaných žen, tedy celkový počet (100 %). Vaginálně – bez komplikací rodilo 90 žen, což je 81,81 %. Vaginálně – kleštěmi, nebo vakuumextrakcí porodilo 9 žen, což je 8,18 %. Operačně – císařským řezem porodily 4 ženy, ty činí 3,63 %. Již v předchozí otázce vyplynulo, že 7 žen nerodilo, což je 6,36 % z celkového počtu dotázaných žen.

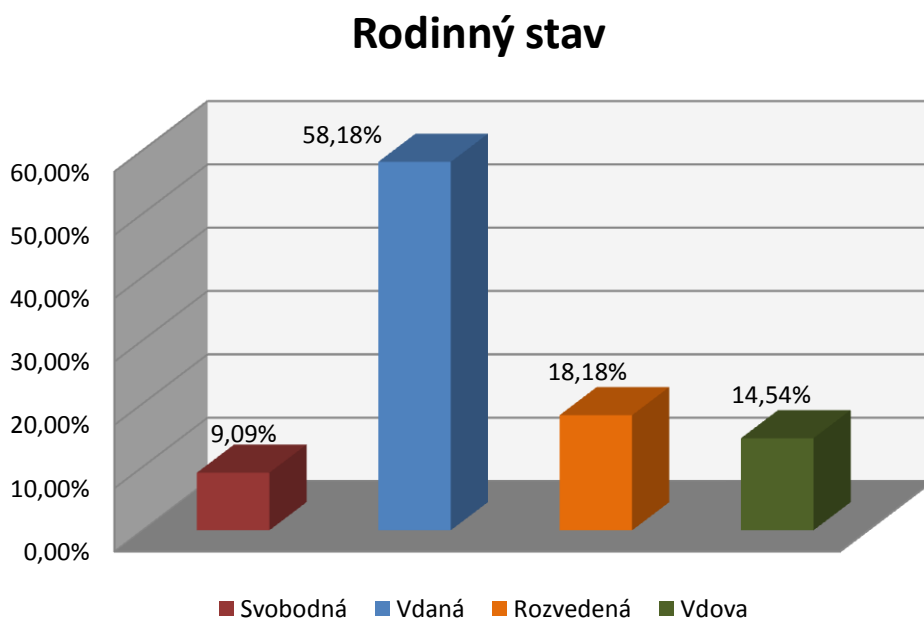
Vyhodnocení otázky č. 23

Otázka č. 23: Váš rodinný stav je: a) svobodná; b) vdaná; c) rozvedená; d) vdova

Tabulka č. 3: Rodinný stav

Rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost
Svobodná	10	9,09%
Vdaná	64	58,18%
Rozvedená	20	18,18%
Vdova	16	14,54%
Celkem	110	99,99%

Graf č. 3: Rodinný stav



Otázku č. 23: Váš rodinný stav je: a) svobodná; b) vdaná; c) rozvedená; d) vdova, zodpovědělo 110 dotazovaných žen, tedy celkový počet (100 %). Nejvíce žen odpovědělo, že jsou vdané a to 64, to odpovídá 58,18 %. Druhou nejpočetnější skupinou jsou ženy rozvedené, odpovídaly ve 20 dotaznících, což je 18,18 %. V 16 případech odpovídaly vdovy, to je 14,54 %. V poslední skupině je 10 svobodných žen, procentuelně 9,09 % z celkového počtu dotázaných žen.

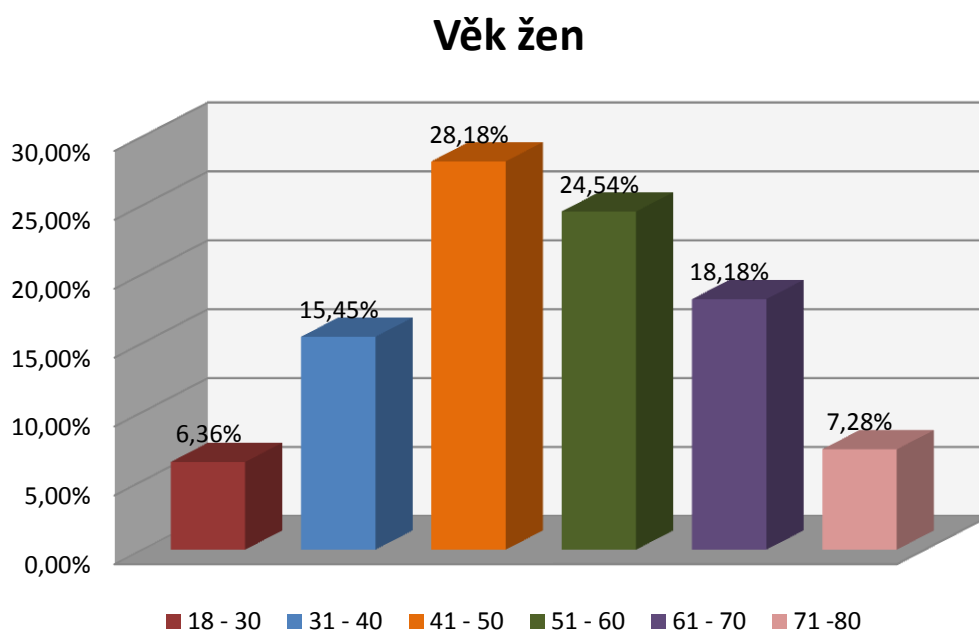
Vyhodnocení otázky č. 24

Otázka č. 24: Kolik je Vám let? a) 13 – 30; b) 31 – 40; c) 41 – 50; d) 51 – 60; e) 61 – 70; f) 71 – 80

Tabulka č. 4: Věk žen

Věk žen	Absolutní četnost	Relativní četnost
18 - 30	7	6,36%
31 - 40	17	15,45%
41 - 50	31	28,18%
51 - 60	27	24,54%
61 - 70	20	18,18%
71 - 80	8	7,28%
Celkem	110	99,99%

Graf č. 4: Věk žen



Otázka č. 24: Kolik je Vám let? 7 (6,36 %) žen se zařadilo do věkové kategorie 18 – 30 let. 31 – 40 let zaškrtnulo 17 žen (15,45 %). Ve věkové kategorii 41 – 50 let odpovědělo 31 (28,18 %) žen. Věková kategorie 51 – 60 let zahrnuje 27 (24,54 %) žen. Další věkovou kategorií tvořilo 20 (18,18 %) žen ve věku 61 – 70. Poslední věkovou kategorií byly ženy 71 – 80 let v počtu 8 (7,28 %). Veškeré věkové kategorie byly vypočítány z celkového počtu 110 (100 %) žen.

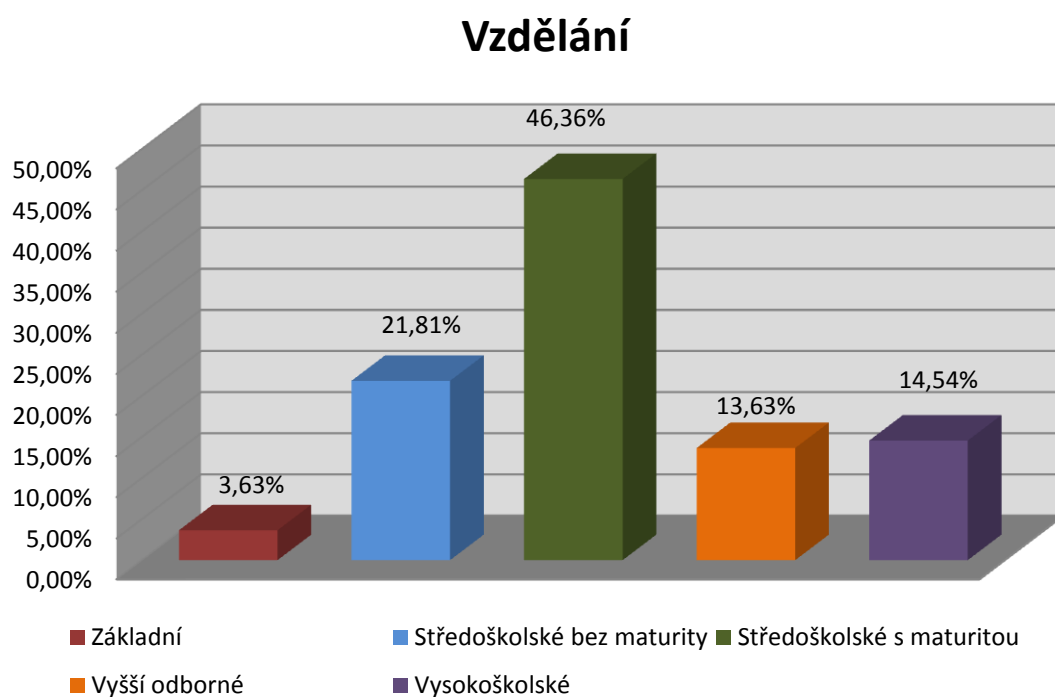
Vyhodnocení otázky č. 25

Otázka č. 25: Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla? a) základního; b) středoškolského bez maturity; c) středoškolského s maturitou; d) vyššího odborného; e) vysokoškolského

Tabulka č. 5: Vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	4	3,63%
Středoškolské bez maturity	24	21,81%
Středoškolské s maturitou	51	46,36%
Vyšší odborné	15	13,63%
Vysokoškolské	16	14,54%
Celkem	110	100%

Graf č. 5: Vzdělání



Otázka č. 25: Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla? a) základního; b) středoškolského bez maturity; c) středoškolského s maturitou; d) vyššího odborného; e) vysokoškolského. Odpovídalo celkem 110 (100 %) dotázaných žen. Nejpočetnější skupinou bylo 51 (46,36 %) středoškolsky s maturitou vzdělaných žen. Středoškolsky bez maturity bylo vzdělaných 24 (21,81 %) žen. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo a odpovídalo 16 (14,54 %) žen. Vyššího odborného vzdělání dosáhlo 15 (13,63 %) žen. Nejméně zastoupená skupina žen byla se základním vzděláním, to v počtu 4 (3,63 %) z počtu celkového.

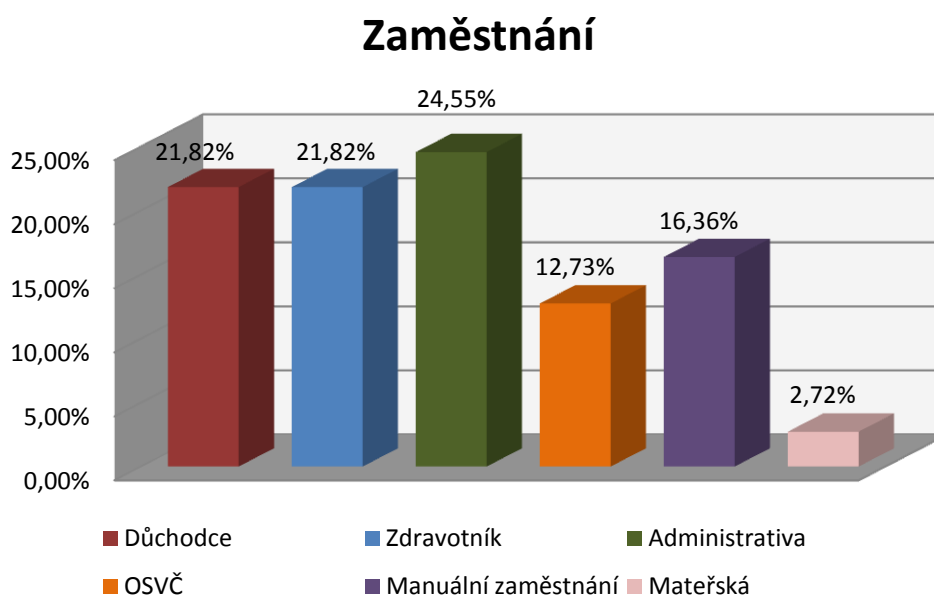
Vyhodnocení otázky č. 26

Otázka číslo 26: Jaké je Vaše zaměstnání?

Tabulka č. 6: Zaměstnání

Zaměstnání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Důchodce	24	21,82%
Zdravotník	24	21,82%
Administrativa	27	24,55%
OSVČ	14	12,73%
Manuální zaměstnání	18	16,36%
Mateřská	3	2,72%
Celkem	110	100%

Graf č. 6: Zaměstnání



Otázka č. 26: Jaké je Vaše zaměstnání? Nejvíce odpovídajících žen 27 (24,55 %) pracuje v administrativě. Důchodkyně v počtu 24 (21,82 %) byly stejně zastoupené jako zdravotnice, v počtu 24 (21,82 %). Další skupinou byly ženy, které pracují manuálně, těch bylo 18 (16,36 %). Osob samostatně výdělečně činných odpovědělo 14 (12,73 %) a 3 (2,72 %) ženy byly na mateřské „dovolené“, veškeré údaje vychází z celkového počtu 110 žen (100 %).

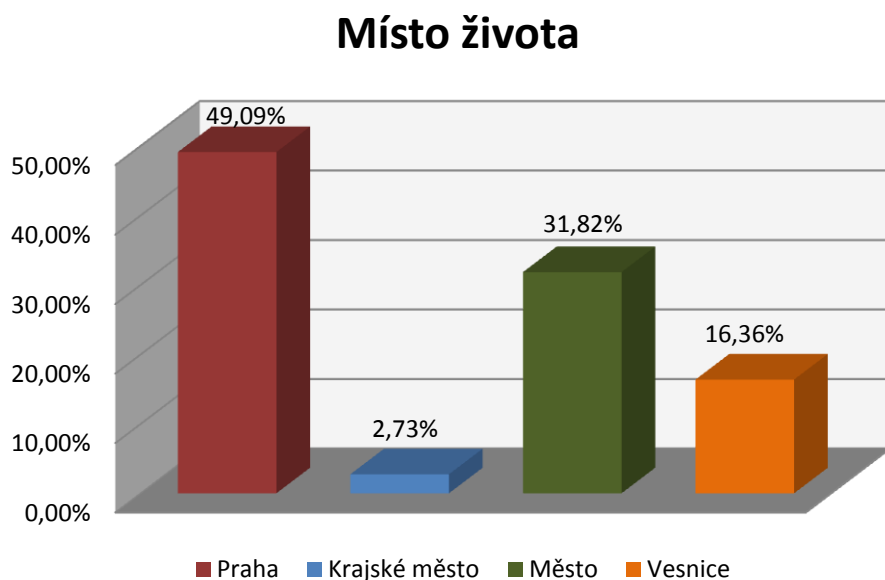
Vyhodnocení otázky č. 27

Otázka č. 27: Kde žijete? a) Praha; b) krajské město; c) město; d) vesnice

Tabulka č. 7: Místo života

Místo života	Absolutní četnost	Relativní četnost
Praha	54	49,09%
Krajské město	3	2,73%
Město	35	31,82%
Vesnice	18	16,36%
Celkem	110	100%

Graf č. 7: Místo života



Otázka č. 27: Kde žijete? 54 (49,09 %) žen odpovědělo, že žije v Praze. Ve větším městě žije 35 (31,82 %) dotázaných žen. Na vesnici žije 18 (16,36 %) žen a velmi malou část zabraly ženy žijící v městě krajském, v počtu 3 (2,73 %) z celkového počtu 110 (100 %) dotázaných žen.

9.6 Vyhodnocení výsledků výzkumného šetření

Zpracování dotazníků je pomyslně rozděleno na ženy, které se setkaly s únikem moči (80 žen) a ženy, které jsou bez obtíží spojených s touto problematikou (30 žen). To znamená, že ženy zdravé nevyplnily otázky č. 5 – 8, č. 10 a 11, č. 14 – 19 a 22. Tyto odpovědi na otázky jsou vyhodnoceny z 80 respondentek, které odpovídají 100 % celku. Otázky společné jsou č. 1 – 4, č. 9, č. 12 a 13, č. 20 a 21, č. 23 – 27, kde je celkový počet 110 žen, ty odpovídají 100 %.

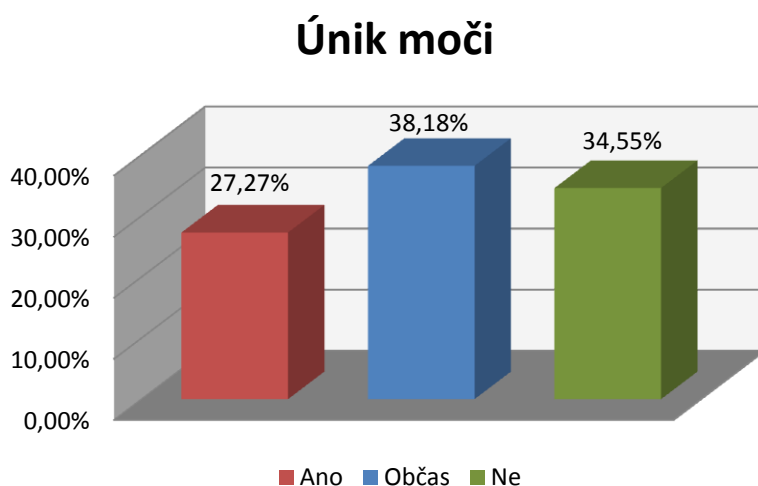
Vyhodnocení otázky č. 1

Otázka č. 1: Máte v současné době problém s únikem moči? a) ano; b) občas; c) ne

Tabulka č. 8: Únik moči

Únik moči	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	30	27,27%
Občas	42	38,18%
Ne	38	34,55%
Celkem	110	100,00%

Graf č. 8: Únik moči



Otázka č. 1: Máte v současné době problém s únikem moči? Odpovídalo 110 (100 %) tázaných žen. Ano odpovědělo 30 žen (27,27 %), občas 42 žen (38,18 %) a ne 38 žen (34,55 %) z celkového počtu dotázaných.

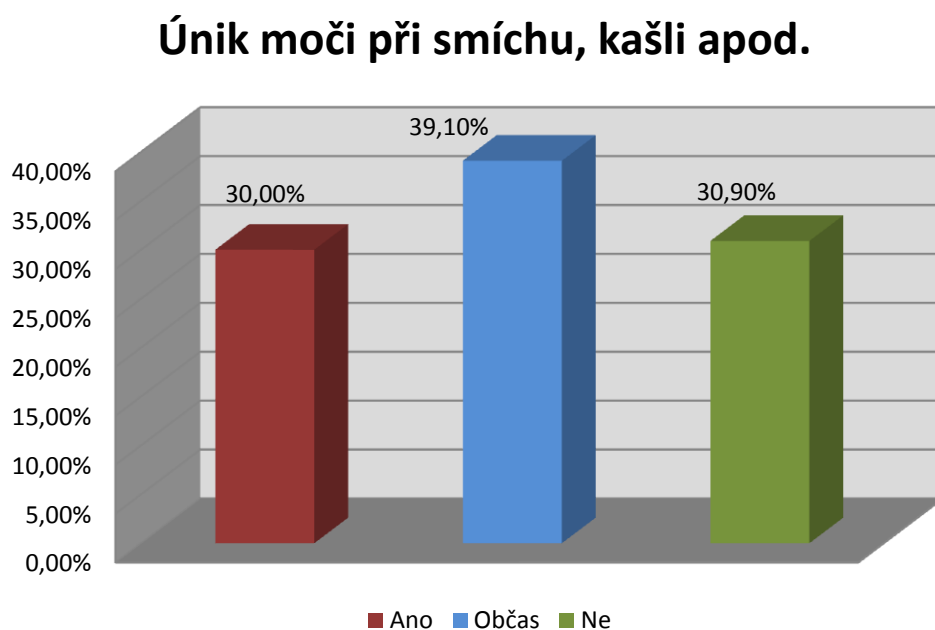
Vyhodnocení otázky č. 2

Otázka č. 2: Dochází k úniku moči při smíchu, kýchnutí, nebo kašli? a) ano; b) občas; c) ne

Tabulka č. 9: Únik moči při smíchu, kašli apod.

Únik moči při smíchu, kašli apod.	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	33	30,00%
Občas	43	39,10%
Ne	34	30,90%
Celkem	110	100,00%

Graf č. 9: Únik moči při smíchu, kašli apod.



Otázka č. 2: Dochází k úniku moči při smíchu, kýchnutí, nebo kašli? Na tuto otázku odpovědělo 33 žen ano (30 %), občas 43 žen (39,10 %) a ne odpovědělo 34 žen (30,90 %) z celkového počtu 110 žen (100 %).

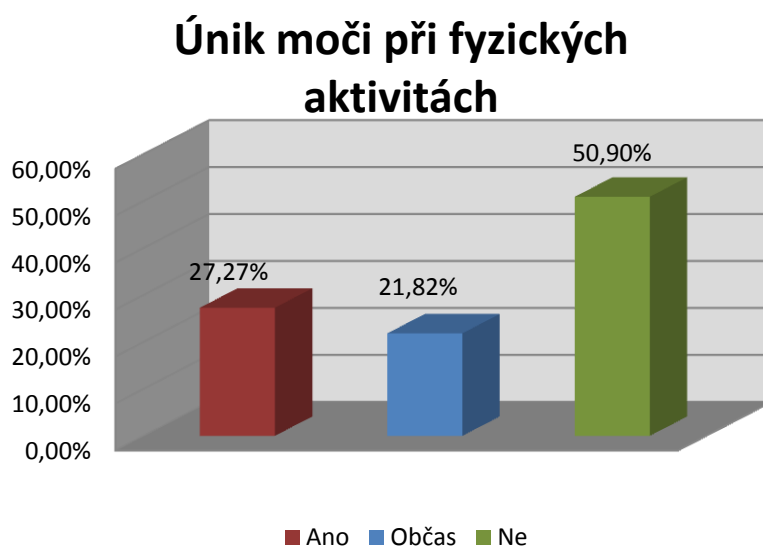
Vyhodnocení otázky č. 3

Otázka č 3: Dochází k úniku moči při fyzických aktivitách (chůze, chůze ze schodů, cvičení, běh)? a) ano; b) občas; c) ne

Tabulka č. 10: Únik moči při fyzických aktivitách

Únik moči při fyzických aktivitách	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	25	27,27%
Občas	24	21,82%
Ne	56	50,90%
Celkem	110	99,99%

Graf č. 10: Únik moči při fyzických aktivitách



Otázka č. 3: Dochází k úniku moči při fyzických aktivitách (chůze, chůze ze schodů, cvičení, běh)? Odpověď na tuto otázku je znázorněna tabulkou a grafem č. 10. Odpovídajících bylo 110 (100 %). Ano odpovědělo 25 žen (27,27 %), s únikem moči při námaze se občas setkala 24 žen (21,82 %). Ne odpovědělo 56 (50,90 %) žen z celkového počtu.

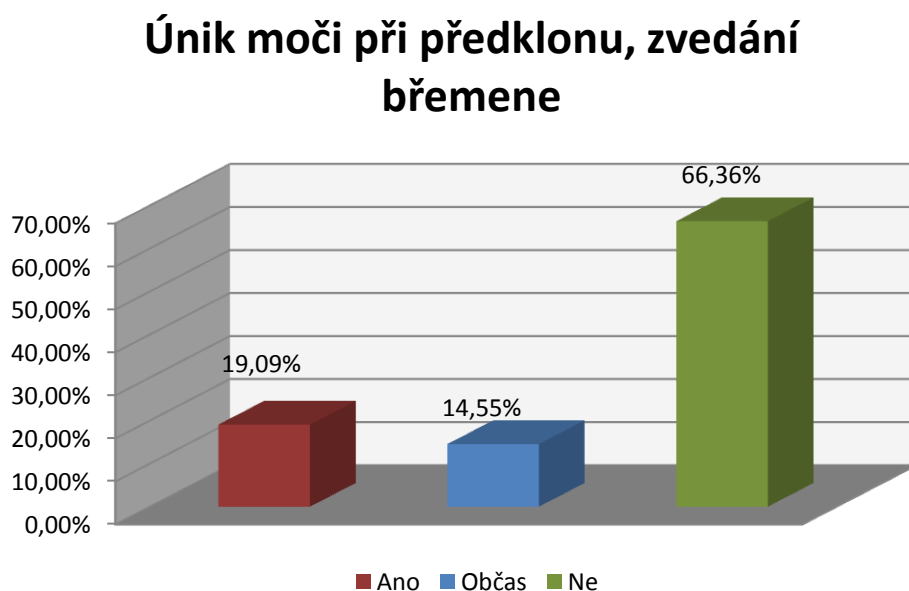
Vyhodnocení otázky č. 4

Otázka č. 4: Trápí Vás únik moči při předklonu či zvedání břemene? a) ano; b) občas; c) ne

Tabulka č. 11: Únik moči při předklonu, zvedání břemene

Únik moči při předklonu, zvedání břemene	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	21	19,09%
Občas	16	14,55%
Ne	73	66,36%
Celkem	110	100,00%

Graf č. 11: Únik moči při předklonu, zvedání břemene



Otázka č. 4: Trápí Vás únik moči při předklonu či zvedání břemene? Otázku zodpovědělo 110 žen (100 %) a to ano v počtu 21 žen (19,09 %), občas 16 žen (14,55 %) a nejčastější odpovědí bylo ne, 73 žen (66,36 %) z celkového počtu dotázaných žen.

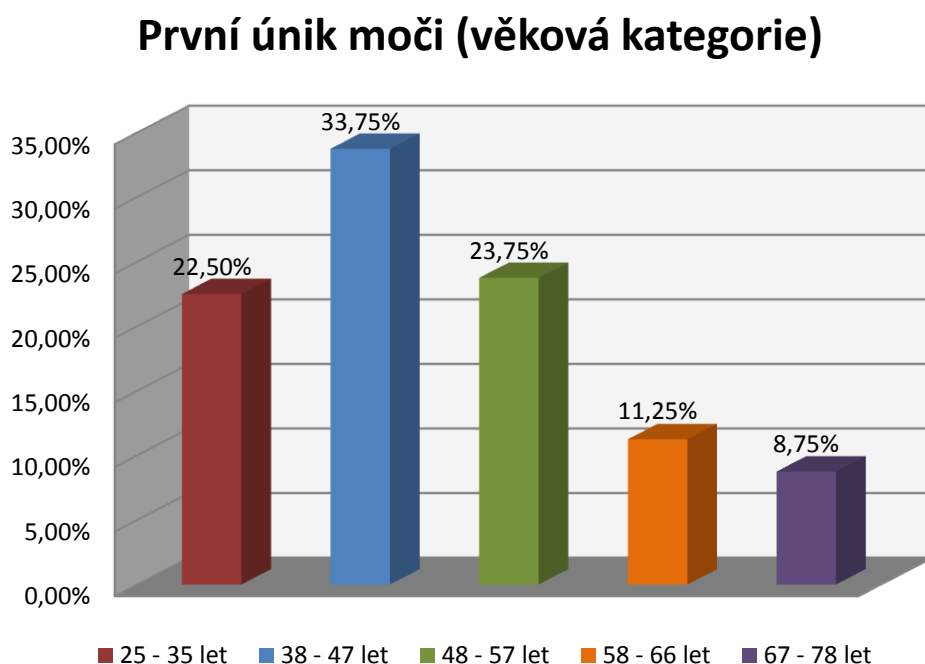
Vyhodnocení otázky č. 5

Otázka č. 5: V kolika letech jste zaznamenala první únik moči?

Tabulka č. 12: První únik moči (věková kategorie)

První únik moči (věková kategorie)	Absolutní četnost	Relativní četnost
25 - 35 let	18	22,50%
36 - 47 let	27	33,75%
48 - 57 let	19	23,75%
58 - 66 let	9	11,25%
67 - 78 let	7	8,75%
Celkem	80	100,00%

Graf č. 12: První únik moči (věková kategorie)



Otázka č. 5: V kolika letech jste zaznamenala první únik moči? Věk žen byl rozdělen do pěti věkových kategorií, od nejnižší po nejvyšší. Na tuto otázku odpovědělo 80 žen, které se setkaly s únikem moči poprvé, tedy 80 žen je 100 %. Ve věkové kategorii 25 – 35 let bylo 18 žen (22,50 %), ve věkové kategorii 36 – 47 let bylo 23 žen (33,76 %). Věková kategorie 48 – 57 let zahrnovala 19 žen (23,75 %). Žen ve věku 58 – 66 let se s prvním únikem moči setkalo 9 (11,25 %) a ve věkové kategorii 67 – 78 let jen 7 (8,75 %) z celkového počtu 80 žen (100 %).

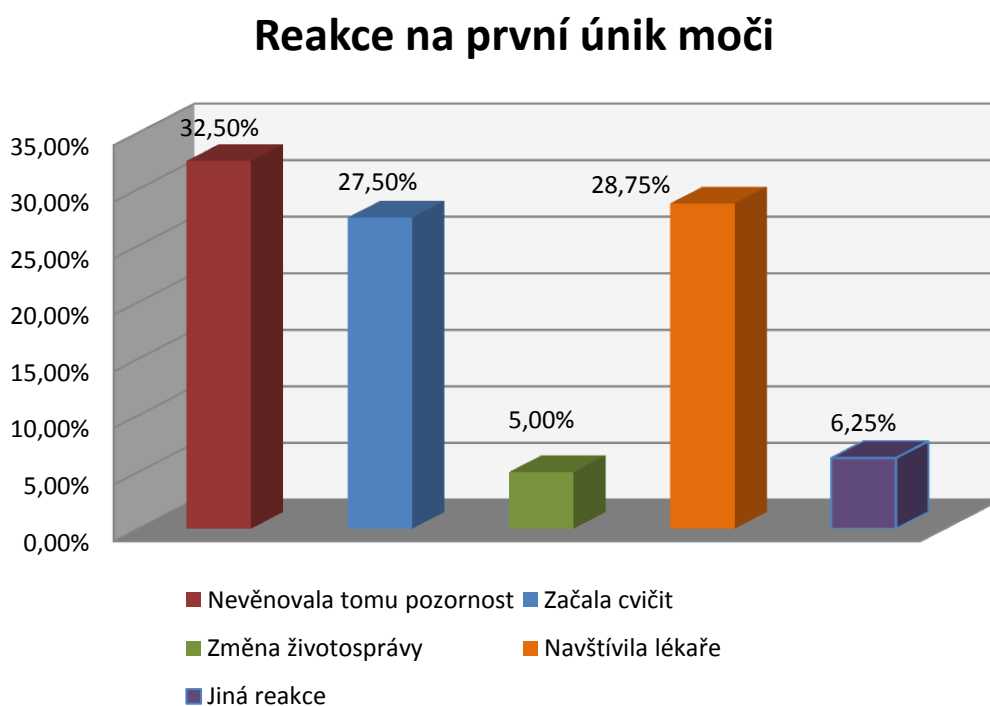
Vyhodnocení otázky č. 6

Otázka č. 6: Jak jste reagovala na první únik moči? a) nevěnovala jsem tomu pozornost; b) začala jsem cvičit; c) změnila jsem životosprávu; d) navštívila jsem lékaře; e) jinak (napište jak):

Tabulka č. 13: Reakce na první únik moči

Reakce na první únik moči	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nevěnovala tomu pozornost	26	32,50%
Začala cvičit	22	27,50%
Změna životosprávy	4	5,00%
Navštívila lékaře	23	28,75%
Jiná reakce	5	6,25%
Celkem	80	100,00%

Graf č. 13: Reakce na první únik moči



Otázka č. 6: Jak jste reagovala na první únik moči? 26 žen (32,50 %) prvnímu úniku moči nevěnovalo pozornost, 22 žen (27,50 %) začalo cvičit, jen 4 ženy (5 %) změnilo životosprávu a 23 žen (28,75 %) navštívilo lékaře. 5 (6,25 %) žen reagovalo jinak, všech pět si vzalo vložku. Celkový počet pro tuto otázku bylo 80 žen (100 %).

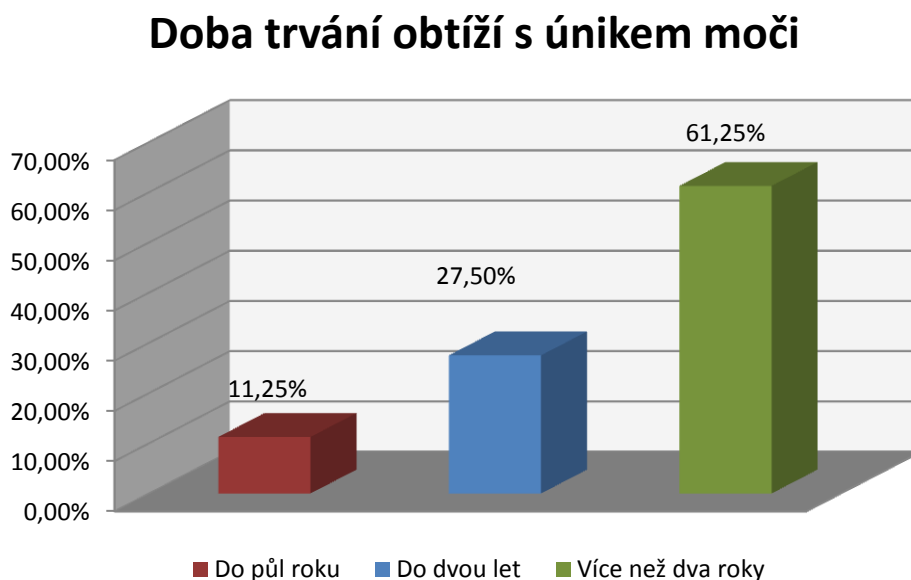
Vyhodnocení otázky č. 7

Otázka č. 7: Jak dlouho Vás výše zmíněné příznaky trápí? a) do půl roku; b) do dvou let; c) více než dva roky

Tabulka č. 14: Doba trvání obtíží s únikem moči

Doba trvání obtíží s únikem moči	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do půl roku	9	11,25%
Do dvou let	22	27,50%
Více než dva roky	49	61,25%
Celkem	80	100,00%

Graf č. 14: Doba trvání obtíží s únikem moči



Otázka č. 7: Jak dlouho Vás výše zmíněné příznaky trápí? Otázku č. 7 zodpovědělo celkem 80 žen (100 %). Nejvíce zastoupená odpověď byla více než dva roky, přesně 49 žen (61,25%) tak odpovědělo. Do dvou let trápí únik moči 22 žen (27,50 %). Nejméně žen odpovědělo do půl roku, to 9 (11,25 %) z celkového počtu dotázaných.

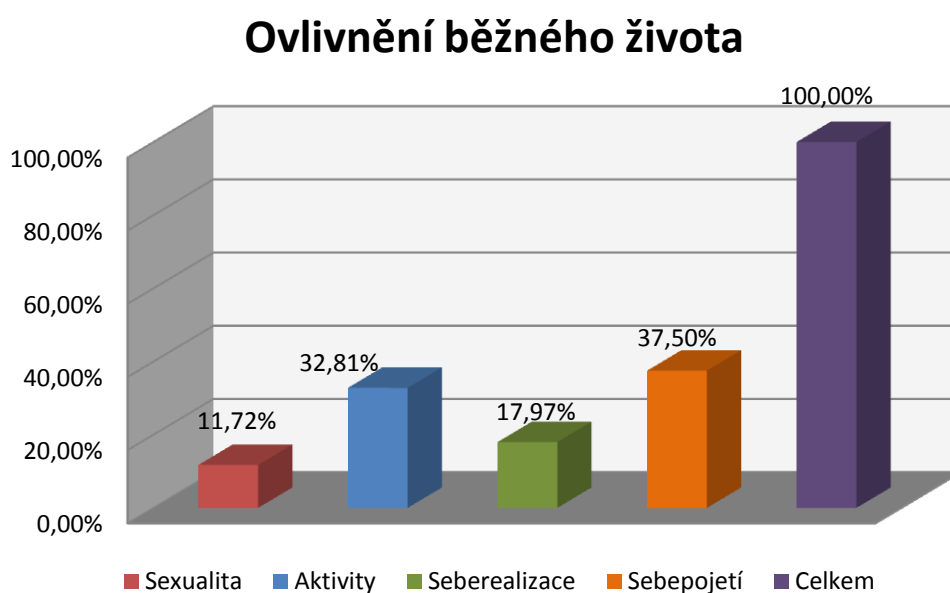
Vyhodnocení otázky č. 8

Otázka č. 8: Jakou stránku Vašeho běžného života ovlivňuje únik moči? (možné více odpovědí) a) sexualitu; b) aktivity (sportování, cestování); c) seberealizace; d) sebepojetí

Tabulka č. 15: Ovlivnění běžného života

Ovlivnění běžného života	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sexualita	15	11,72%
Aktivity	42	32,81%
Seberealizace	23	17,97%
Sebepojetí	48	37,50%
Celkem	128	100,00%

Graf č. 15: Ovlivnění běžného života



Otázka č. 8: Jakou stránku Vašeho běžného života ovlivňuje únik moči? Toto je otázka výčtová (uzavřená), proto celek tvoří celkový počet odpovědí, těch je 128 (100 %). Nejčastější odpovědí je sebepojetí, tak znělo 48 odpovědí (37,50 %). Druhou nejpočetnější odpovědí bylo ovlivnění aktivit, to ve 42 případech (32,81 %). Třetí skupinou odpovědí byla seberealizace v počtu 23 (17,97 %). Nejméně zastoupenou možností byla sexualita v počtu 15 odpovědí (11,72 %) z celkového počtu.

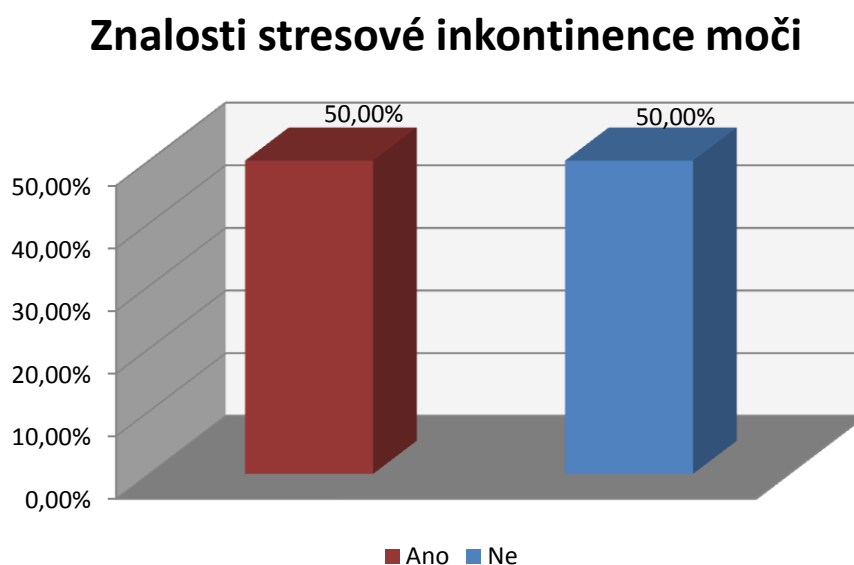
Vyhodnocení otázky č. 9

Otázka č. 9: Myslíte, že máte dostatek znalostí o stresové inkontinenci moči? a) ano; b) ne

Tabulka č. 16: : Znalosti o stresové inkontinenci moči

Znalosti o stresové inkontinenci moči	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	55	50,00%
Ne	55	50,00%
Celkem	110	100,00%

Graf č. 16: Znalosti o stresové inkontinenci moči



Otázka č. 9: Myslíte, že máte dostatek znalostí o stresové inkontinenci moči? Na tuto otázku odpovědělo ano 55 žen (50 %) a ne 55 žen (50 %) z celkového počtu 110 (100 %) oslovených žen.

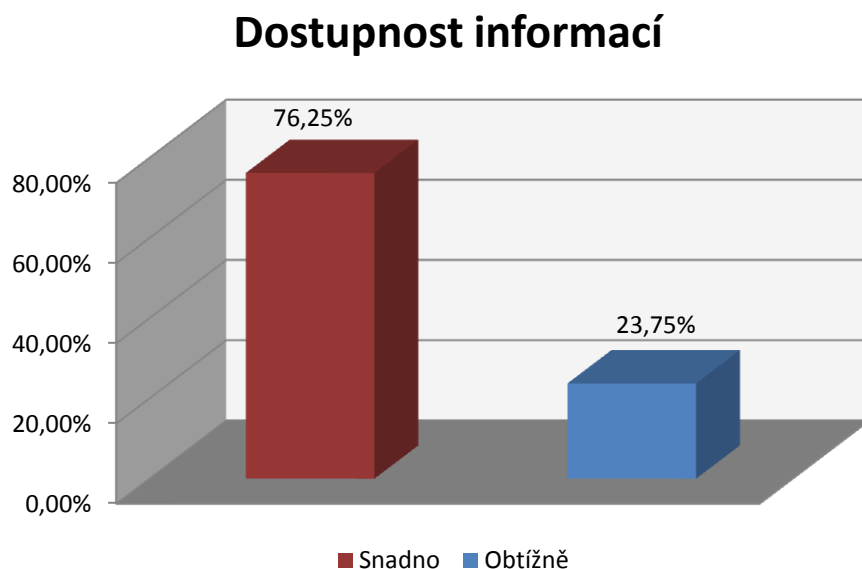
Vyhodnocení otázky č. 10

Otázka č. 10: Jak se Vám dařilo získávat informace o problematice stresové inkontinence moči? a) snadno; b) obtížně

Tabulka č. 17: Dostupnost informací

Dostupnost informací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Snadno	61	76,25%
Obtížně	19	23,75%
Celkem	80	100,00%

Graf č. 17: Dostupnost informací



Otázka č. 10: Jak se Vám dařilo získávat informace o problematice stresové inkontinence moči? Otázka byla mířena ženám, které mají obtíže s únikem moči. Celek tvoří 80 žen, číslo odpovídá 100%. 61 žen (76,25 %) odpovědělo, že informace jsou snadno dostupné. Obtížně je shánělo 18 žen (23,75 %) z celkového počtu.

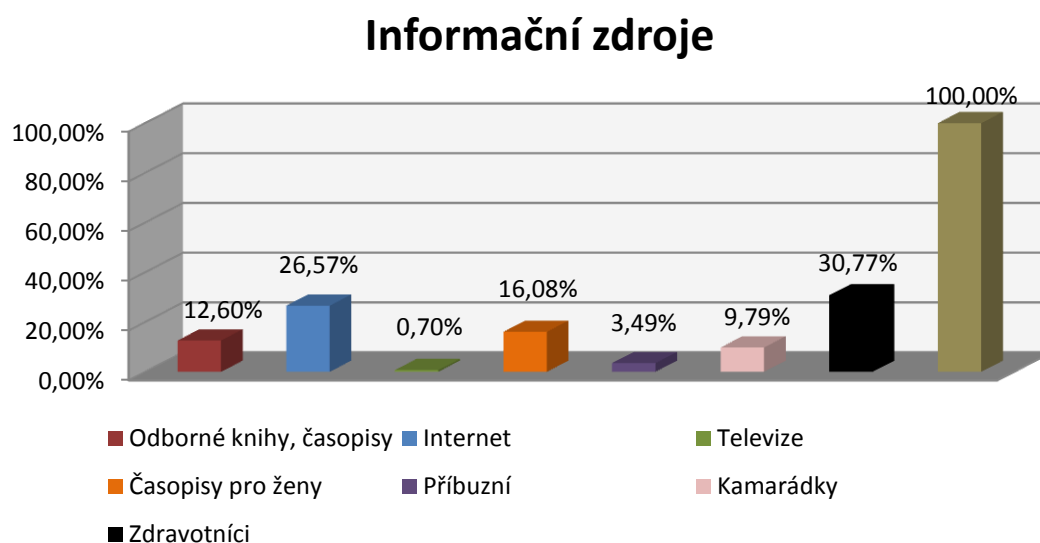
Vyhodnocení otázky č. 11

Otázka č. 11: Jaké informační zdroje jste využila ke zhodnocení Vašeho problému s únikem moči? (možno více možností) a) odborné knihy a časopisy; b) internet; c) televize; d) časopisy pro ženy; e) příbuzní; f) kamarádky; g) zdravotníci; h) jiné (uved'te)

Tabulka č. 18: Informační zdroje

Informační zdroje	Absolutní četnost	Relativní četnost
Odborné knihy, časopisy	18	12,60%
Internet	38	26,57%
Televize	1	0,70%
Časopisy pro ženy	23	16,08%
Příbuzní	5	3,49%
Kamarádky	14	9,79%
Zdravotníci	44	30,77%
Celkem	143	100,00%

Graf č. 18: Informační zdroje



Otázka č. 11: Jaké informační zdroje jste využila ke zhodnocení Vašeho problému s únikem moči? Celkový počet zde tvoří odpovědi respondentek, což odpovídá 143 (100 %). Ženy nejvíce získávají informace od zdravotnického personálu, tuto možnost zvolily v počtu 44 (30,77 %). Internet jmenovaly v počtu 38 (26,57 %), časopisy pro ženy volily v počtu 23 (16,08 %). Dále volily možnost odborné knihy a časopisy v počtu 18 (12,60 %), kamarádky 14 (9,79 %), příbuzné v počtu 5 (3,49 %) a nejméně zastoupená je televize v 1 (0,70 %) z celkového počtu odpovědí 143 (100 %).

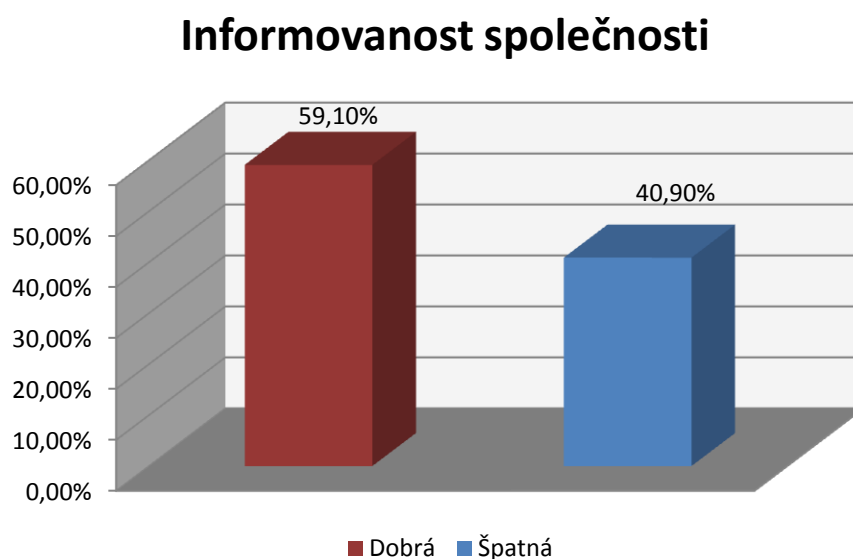
Vyhodnocení otázky č. 12

Otázka č. 12: Myslíte, že informovanost společnosti o stresové inkontinence moči je dobrá? a) ano; b) ne

Tabulka č. 19: Informovanost společnosti

Informovanost společnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dobrá	65	59,10%
Špatná	45	40,90%
Celkem	110	100,00%

Graf č. 19: Informovanost společnosti



Otázka č. 12: Myslíte, že informovanost společnosti o stresové inkontinence moči je dobrá? Respondentky tvoří celkový počet 100 % v počtu 110. 65 žen (59,10 %) si myslí, že je společnost dobře informovaná o této problematice proti tomu stojí 45 žen (40,90 %) s tvrzením, že je špatná.

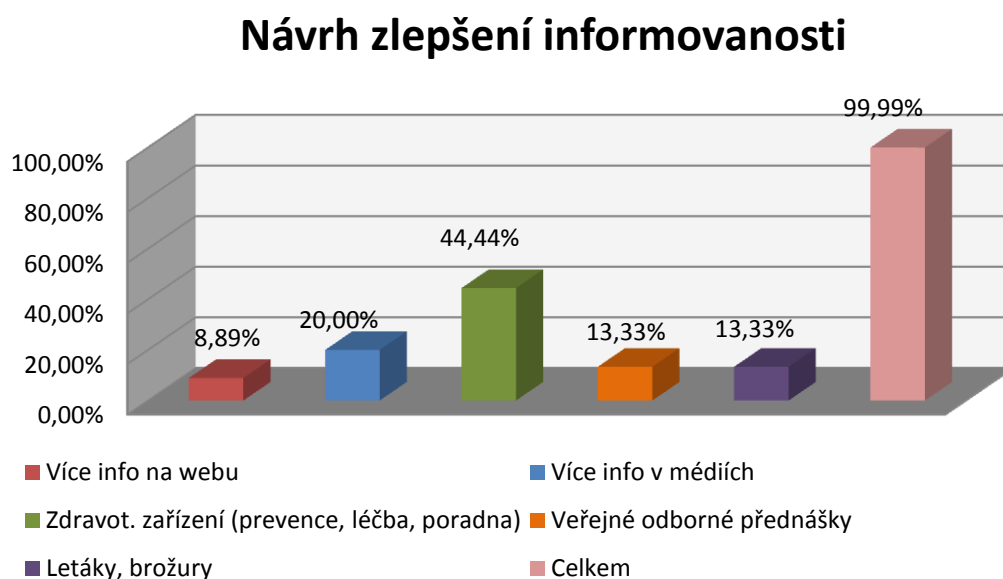
Vyhodnocení otázky č. 13

Otázka č. 13: Pokud jste odpověděla v předchozí otázce ne, napište, co by se mohlo zlepšit.

Tabulka č. 20: Návrh zlepšení informovanosti

Návrh zlepšení informovanosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Více info na webu	4	8,89%
Více info v médiích	9	20,00%
Zdravot. zařízení (prevence, léčba, poradna)	20	44,44%
Veřejné odborné přednášky	6	13,33%
Letáky, brožury	6	13,33%
Celkem	45	99,99%

Graf č. 20: Návrh zlepšení informovanosti



Otázka č. 13: Pokud jste odpověděla v předchozí otázce ne, napište, co by se mohlo zlepšit. Na předchozí otázku odpovědělo ne 45 žen, ty v tuto chvíli tvoří celek, tedy 100 %. Nejvíce odpovědí bylo zavedení poradny, prevence a léčby v rámci zdravotnických zařízení, to v počtu 20 (44,44 %). 9 (20,00 %) odpovědí bylo více informací v médiích, odpověď veřejné odborné přednášky je 6 (13,33 %), stejně tak více informací v podobě letáků a brožur je 6 (13,33 %) a odpověď více informací a diskuzí na internetu se vyskytla 4 (8,89 %) z celkového počtu.

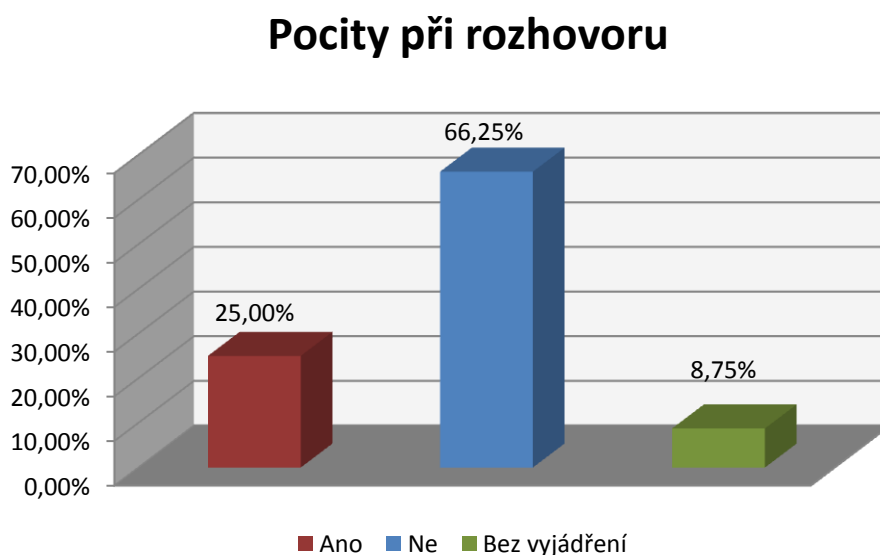
Vyhodnocení otázky č. 14

Otázka č. 14: Pociťujete při hovoru se zdravotníky o Vašem problému ostych, stud, či zahanbení? a) ano; b) ne

Tabulka č. 21: Pocity při rozhovoru

Pocity při rozhovoru	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	20	25,00%
Ne	53	66,25%
Bez vyjádření	7	8,75%
Celkem	80	100,00%

Graf č. 21: Pocity při rozhovoru



Otázka č. 14: Pociťujete při hovoru se zdravotníky o Vašem problému ostych, stud, či zahanbení? Celkový počet odpovídajících žen byl 80 (100 %). 20 ženám (25 %) není příjemné o tomto tématu hovořit a 53 ženám (66,25 %) téma nevádí, z toho 7 žen (8,75 %) neodpovědělo.

Vyhodnocení otázky č. 15

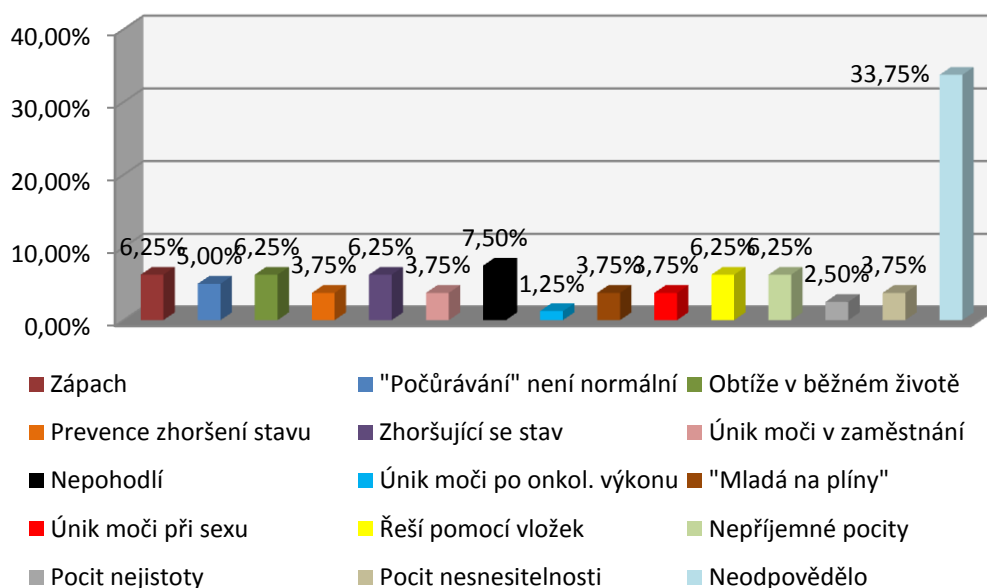
Otázka č. 15: Uveďte zásadní důvod, který Vás přivedl k řešení úniku moči?

Tabulka č. 22: Důvod rozhodnutí o řešení

Důvod rozhodnutí o řešení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zápach	5	6,25%
"Počůrávání" není normální	4	5,00%
Obtíže v běžném životě	5	6,25%
Prevence zhoršení stavu	3	3,75%
Zhoršující se stav	5	6,25%
Únik moči v zaměstnání	3	3,75%
Nepohodlí	6	7,50%
Únik moči po onkol. výkonu	1	1,25%
"Mladá na plíny"	3	3,75%
Únik moči při sexu	3	3,75%
Řeší pomocí vložek	5	6,25%
Nepříjemné pocity	5	6,25%
Pocit nejistoty	2	2,50%
Pocit nesnesitelnosti	3	3,75%
Neodpovědělo	27	33,75%
Celkem	80	100,00%

Graf č. 22: Důvod rozhodnutí o řešení

Důvod rozhodnutí o řešení



Otázka č. 15: Uvedte zásadní důvod, který Vás přivedl k řešení úniku moči? Celek tvořilo 80 žen (100 %), které vyhledaly odborníka, další část neodpověděla. Důvod pro vyhledání odborné pomoci pro 5 žen (6,25 %) byl zápach, dalších 5 žen (6,25 %) uvedlo obtíže v běžném životě. Pro 5 žen (6,25 %) byl rozhodující zhoršující se únik moči, 3 ženy (3,75 %) přišly preventivně, aby se jejich stav nehoršil, 5 žen (6,25 %) stále častěji nosilo vložky. Nepříjemné pocity trápily 5 žen (6,25 %), 2 ženy (2,5 %) se cítily nejisté a 3 ženy (3,75 %) pociťovalo nesnesitelnost samo se sebou. 4 ženy (5 %) uvedly, že „počůrávání není normální“. 3 ženy (3,75 %) přivedl únik moči v zaměstnání a 1 žena (1,25 %) trpěla únikem moči po onkologické operaci a 6 žen (7,5 %) pociťovalo nepohodlí. 3 ženy (3,75 %) uvedly, že „jsou mladé na plíny“ a jen 3 ženy (3,75 %) uvedly únik moči při sexu. 27 žen (33,75 %) z celkového počtu neodpovědělo na otázku.

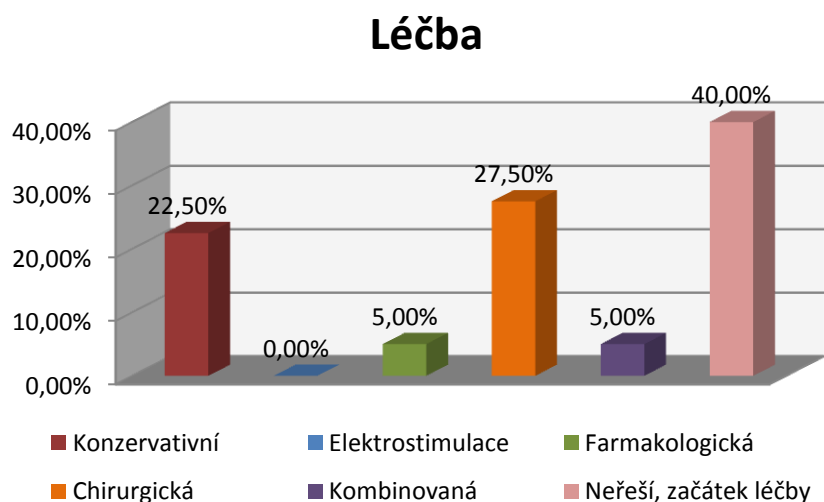
Vyhodnocení otázky č. 16

Otázka č. 16: Na jaké léčbě jste se dohodla se svým lékařem? a) konzervativní; b) elektrostimulace; c) farmakologická; d) chirurgická; e) kombinovaná (jaké z možností)

Tabulka č. 23: Léčba

Léčba	Absolutní četnost	Relativní četnost
Konzervativní	18	22,50%
Elektrostimulace	0	0,00%
Farmakologická	4	5,00%
Chirurgická	22	27,50%
Kombinovaná	4	5,00%
Neřeší, začátek léčby	32	40,00%
Celkem	80	100,00%

Graf č. 23 : Léčba



Otázka č. 16: Na jaké léčbě jste se dohodla se svým lékařem? Tabulka a graf č. 23 vycházely z celkového počtu 80 žen (100 %) s únikem moči. Konzervativní léčbu uvedlo 18 žen (22,5 %), elektrostimulaci neuvedla žádná z žen (0 %), farmakologickou léčbu podstoupily 4 ženy (5 %). Nejvíce tedy 22 žen (27,5 %) uvedlo chirurgickou léčbu. 4 ženy (5 %) uvedly kombinovanou možnost, to farmakologickou spolu s chirurgickou. Další skupinou je 32 žen (40 %), které mají obtíže s únikem moči, ale situaci neřeší, nebo jsou na začátku léčby a nemají potřebná vyšetření.

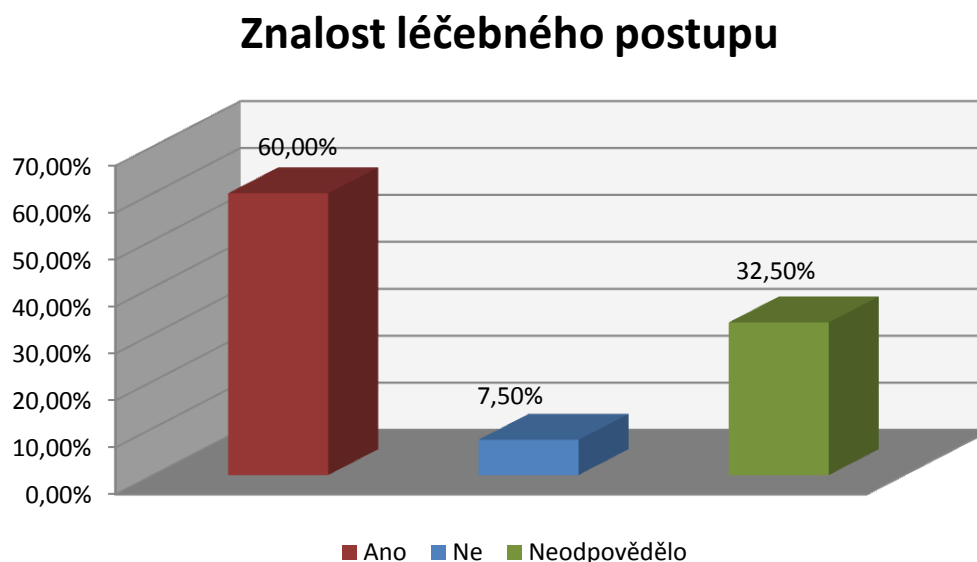
Vyhodnocení otázky č. 17

Otázka č. 17: Jste dostatečně seznámená s léčebným postupem? a) ano; b) ne

Tabulka č. 24: Znalost léčebného postupu

Znalost léčebného postupu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	48	60,00%
Ne	6	7,50%
Neodpovědělo	26	32,50%
Celkem	80	100,00%

Graf č. 24: Znalost léčebného postupu



Otázka č. 17: Jste dostatečně seznámená s léčebným postupem? Celkový počet odpovídajících byl 80 (100 %). Ano odpovědělo 48 žen (60 %), ne odpovědělo 6 žen (7,5 %) a 26 žen (32,5 %) neodpovědělo, neléčí se nebo je poprvé u lékaře.

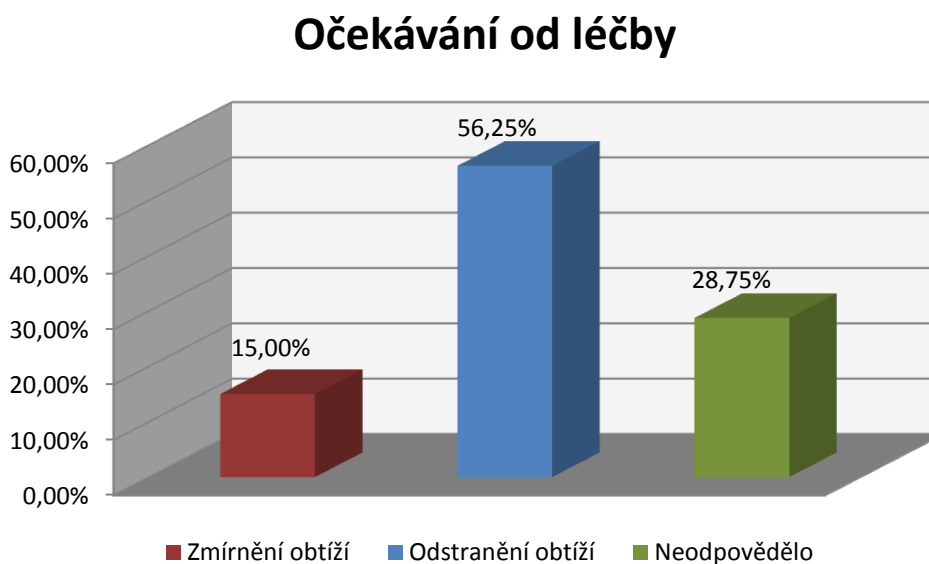
Vyhodnocení otázky č. 18

Otázka č. 18: Co od léčby očekáváte? a) zmírnění obtíží; b) odstranění obtíží

Tabulka č. 25: Očekávání od léčby

Očekávání od léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zmírnění obtíží	12	15,00%
Odstranění obtíží	45	56,25%
Neodpovědělo	23	28,75%
Celkem	80	100,00%

Graf č. 25: Očekávání od léčby



Otázka č. 18: Co od léčby očekáváte? Celkový počet byl 80 respondentek (100%). S odstraněním obtíží počítá 45 žen (56,25 %). 12 žen (15 %) očekává od léčby zmírnění obtíží. Neodpovědělo 23 žen (28,75 %) z celkového počtu.

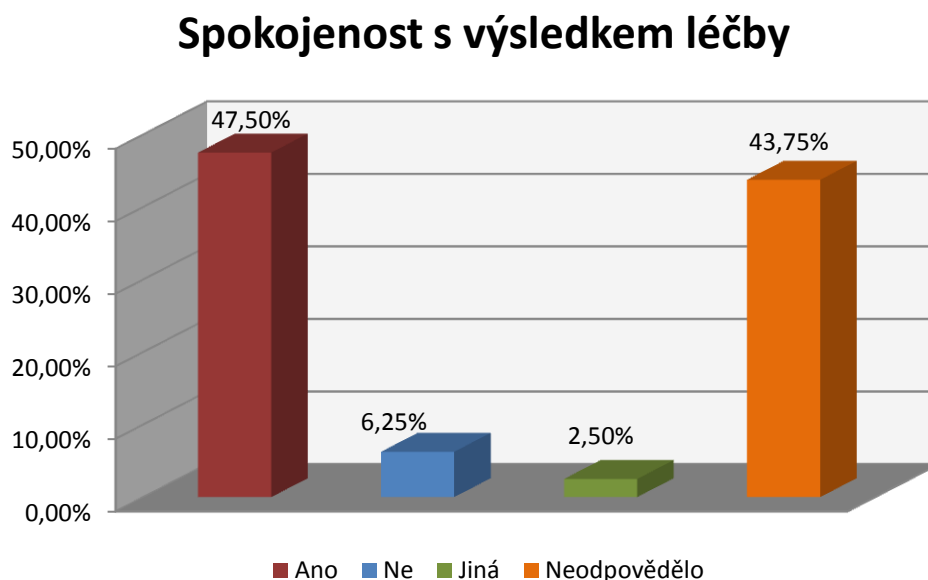
Vyhodnocení otázky č. 19

Otázka č. 19: Jste spokojena s výsledkem léčby? a) ano; b) ne; c) jiná (uvedte)

Tabulka č. 26: Spokojenost s výsledkem léčby

Spokojenost s výsledkem léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	38	47,50%
Ne	5	6,25%
Jiná	2	2,50%
Neodpovědělo	35	43,75%
Celkem	80	100,00%

Graf č. 26: Spokojenost s výsledkem léčby



Otázka č. 19: Jste spokojena s výsledkem léčby? Celkový počet odpovídajících žen byl 80 (100 %). Spokojených žen bylo 38 (47,5 %), nespokojených bylo 5 žen (6,25 %). 2 ženy (2,5 %) uvedly jako jiný důvod, že se s pomočováním smířily. Neodpovědělo 35 žen (43,75 %) z celkového počtu.

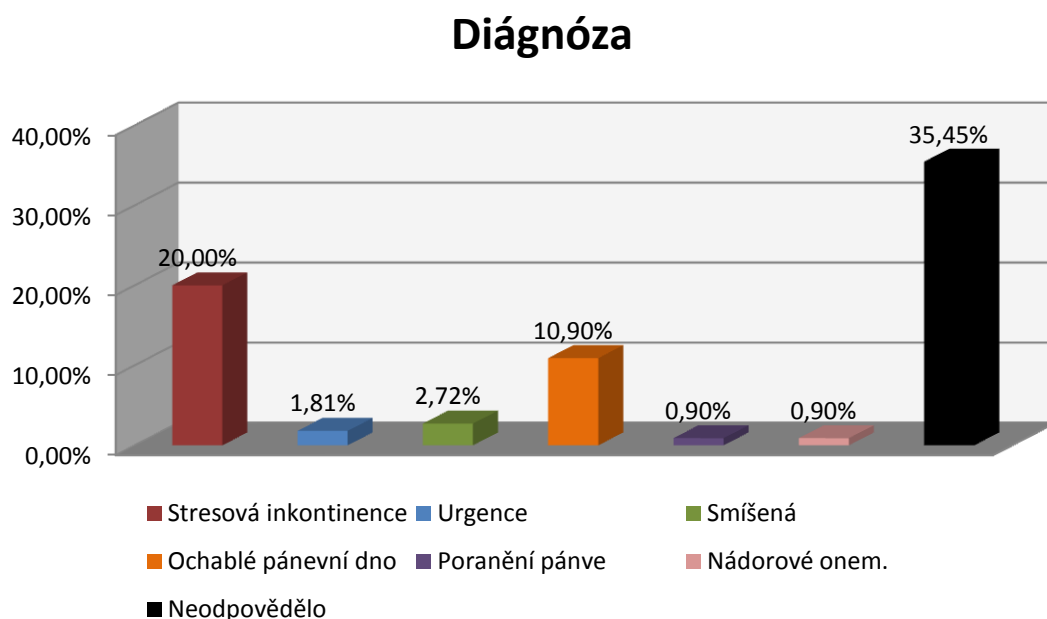
Vyhodnocení otázky č. 22

Otázka č. 22: Vaše diagnóza, pod kterou jste vedena u lékaře, je:

Tabulka č. 27: Diagnóza

Diagnóza	Absolutní četnost	Relativní četnost
Stresová inkontinence	22	20,00%
Urgence	2	1,81%
Smišená	3	2,72%
Ochablé pánevní dno	12	10,90%
Poranění pánve	1	0,90%
Nádorové onem.	1	0,90%
Neodpovědělo	39	35,45%
Zdravých	30	27,27%
Celkem	110	99,95%

Graf č. 27: Diagnóza



Otázka č. 22: Vaše diagnóza, pod kterou jste vedena u lékaře, je. Celkem tvoří 110 žen (100 %), tedy s obtížemi i bez nich. 22 žen (20,00 %) žen má diagnostikovanou stresovou inkontinenci moči. 2 ženy (2,5 %) je léčeno pro urgentní inkontinenci moči a 3 ženy (3,75 %) se smíšenou inkontinencí moči. 12 žen (15 %) uvedlo jako diagnózu ochablost pánevního dna. 1 žena (1,25 %) se léčí po poranění pánve, 1 žena (1,25 %) se léčí po operaci onkologického onemocnění močového měchýře. 39 žen (48,75 %) z celku neodpovědělo. 30 žen (27,27 %) žen je zdravých.

9.7 Vyhodnocení cílů

Následující kapitola se věnuje vyhodnocení stanovených cílů výzkumného šetření a poukazuje ne to, zda bylo těchto cílů dosaženo či nikoli.

Hlavním cílem výzkumné práce bylo analyzovat výskyt stresové inkontinence moči žen mezi veřejností.

Vyhodnocení: Hlavní cíl je zodpovězen otázkou č. 22 v dotazníkovém šetření. Otázka zněla, aby ženy uvedly diagnózu, pod kterou jsou vedeny u ošetřujícího lékaře (tabulka, graf č. 27). Diagnózu tedy uvedlo 41 žen (46,25 %), 39 žen (48,75 %) neodpovědělo a 30 žen (27,27 %) je zdravých. Další otázkou ke splnění cíle je č. 1, kde otázka zněla, zda mají ženy v současné době problém s únikem moči (tabulka č. 8, graf č. 8). Ano odpovědělo 30 žen (27,27 %), občas 42 žen (38,18 %) a ne 38 žen (34,55 %) z celkového počtu dotázaných. Další otázka, která má doložit hlavní cíl je č. 2, zda dochází k úniku moči při kýchnutí, smíchu, nebo kašli (tabulka č. 9, graf č. 9). Na tuto otázku odpovědělo 33 žen ano (30 %), občas 43 žen (39,10 %) a ne odpovědělo 34 žen (30,90 %). Další otázka je č. 3, zde ženy odpovídaly, zda dochází k úniku moči při fyzických aktivitách (tabulka č. 10, graf č. 10). Ano odpovědělo 25 žen (27,27 %), s únikem moči při námaze se občas setkala 24 žen (21,82 %). Ne odpovědělo 56 (50,90 %). Otázka, která má doložit hlavní cíl je i č. 4. Zde ženy zapisovaly, zda únik moči pociťují při předklonu, či zvedání břemene (tabulka č. 11, graf č. 11). Ano odpověděly ženy v počtu 21 žen (19,09 %), občas 16 žen (14,55 %) a nejčastější odpovědí bylo ne, 73 žen (66,36 %). Na tyto otázky odpovídaly všechny ženy v počtu 110, tudíž odpovídaly 100 %. Další skupinu otázek zodpovídaly ženy, které v předchozích otázkách udaly obtíže s únikem moči, v počtu 80 žen (100 %). To vyhodnocují otázky č. 5, kde ženy uváděly, v jaké věkové kategorii zaznamenaly první únik moči. Ve věkové kategorii 25 – 35 let bylo 18 žen (22,50 %), ve věkové kategorii 36 – 47 let bylo 23 žen (33,76 %). Věková kategorie 48 – 57 let zahrnovala 19 žen (23,75 %). Žen ve věku 58 – 66 let se s prvním únikem moči setkala 9 (11,25 %) a ve věkové kategorii 67 – 78 let jen 7 (8,75 %). Otázka č. 6 hodnotí, jak reagovaly na první únik moči (tabulka č. 13, graf č. 13). 26 žen (32,50 %) prvnímu úniku moči nevěnovalo pozornost, 22 žen (27,50 %) začalo cvičit, jen 4 ženy (5 %) změnilo životosprávu a 23 žen (28,75 %) navštívilo lékaře. 5 (6,25 %) žen reagovalo jinak, všech pět si vzalo vložku. Otázka č. 7 hodnotí, jak dlouho je výše zmíněné obtíže trápí (tabulka č. 14, graf č. 14). Nejvíce zastoupená odpověď byla více než dva roky, přesně 49 žen (61,25%) tak odpovědělo. Do dvou let trápí únik moči 22 žen (27,50 %). Nejméně žen odpovědělo do půl roku, to 9 (11,25 %). Poslední otázka k dosažení hlavního cíle je č. 8, kde ženy udávaly, jakou stránku života jejich obtíže ovlivňují (tabulka č. 15, graf č. 15). Nejčastější odpovědí je sebepojetí, tak znělo 48 odpovědí (37,50 %). Druhou nejpočetnější odpovědí bylo ovlivnění aktivit, to ve 42 případech (32,81 %). Třetí skupinou odpovědí byla seberealizace v počtu 23 (17,97 %). Nejméně zastoupenou možností byla sexualita v počtu 15 odpovědí (11,72 %) z celkového počtu 128 odpovědí (100 %). Hlavní cíl byl splněn.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, kolik žen trpí stresovou inkontinencí moči.

Vyhodnocení: Dokládá ho otázka č. 22, kde se dotazují na určenou diagnózu od lékaře (tabulka, graf č. 27). Z celkového počtu oslovených 80 (100 %) respondentek, 22 žen (20,00 %) uvedlo, že se léčí se stresovou inkontinencí moči. 3 ženy (3,75 %), jsou léčeny se smíšenou inkontinencí moči. Cíl byl splněn.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, kolik žen je informovaných o problematice stresové inkontinence moči před návštěvou odborného lékaře.

Vyhodnocení: Na něj odpovídá otázka č. 9 (tabulka, graf č. 16). Zde jsem se ptala na dostatek znalostí o stresové inkontinenci moči. Na tuto otázku odpovídaly ženy s únikem moči i zdravé, tudíž celkový počet respondentek byl 110 (100 %). Ženy odpovídaly ve stejném poměru, ano 55 žen (50,00 %), na druhé straně odpovědělo ne 55 žen (50,00 %) z celkového počtu. Dále otázka č. 10, jak se ženám dařilo získávat informace o stresové inkontinenci moči (tabulka č. 17, graf č. 17). Otázka byla mířena ženám, které mají obtíže s únikem moči. Celek tvoří 80 žen, číslo odpovídá 100%. 61 žen (76,25 %) odpovědělo, že informace jsou snadno dostupné. Obtížně je shánělo 18 žen (23,75 %). Otázka č. 11, se dotazuje žen, jaké informační zdroje využily ke zhodnocení problému s únikem moči. Celkový počet zde tvoří odpovědi respondentek, což odpovídá 143 (100 %). Ženy nejvíce získávaly informace od zdravotnického personálu, tuto možnost zvolily v počtu 44 (30,77 %). Internet jmenovaly v počtu 38 (26,57 %), časopisy pro ženy volily v počtu 23 (16,08 %). Dále volily možnost odborné knihy a časopisy v počtu 18 (12,60 %), kamarádky 14 (9,79 %), příbuzné v počtu 5 (3,49 %) a nejméně zastoupená je televize v 1 (0,70 %) z celkového počtu odpovědí 143 (100 %). Cíl dále dokládá otázka č. 12, která se táže na informovanost společnosti o této problematice (tabulka č. 19, graf č. 19). Respondentky tvoří celkový počet 100 % v počtu 110. 65 žen (59,10 %) si myslí, že je společnost dobře informovaná o této problematice proti tomu stojí 45 žen (40,90 %) s tvrzením, že je špatná. Cíl byl splněn.

Dílčí cíl č. 3: Konstatovat, že se ženy neobávají hovořit o obtížích s únikem moči s odborníkem.

Vyhodnocení: To odpovídá otázce v dotazníkovém šetření č. 14 (tabulka, graf č. 21). Otázka zněla: Pociťujete při hovoru se zdravotníky o Vašem problému ostych, stud, či zahanbení? Odpovídaly ženy, které mají únik moči v počtu 80 respondentek (100 %). 53 žen (66,25 %) odpovědělo, že ne, ano odpovědělo pouze 20 (25,00 %) a 7 žen (8,75 %) se k dané otázce nevyjádřilo. Cíl byl splněn.

Dílčí cíl č. 4: Konstatovat, že nejčastější formou léčby stresové inkontinence moči žen je léčba chirurgická.

Vyhodnocení: Cíl byl vyhodnocen pomocí otázek č. 15, kde ženy odpověděly, jaký důvod je přivedl k řešení úniku moči (tabulka č. 22, graf č. 22). Celek tvořilo 80 žen (100 %), které

vyhledaly odborníka, další část neodpověděla. Důvod pro vyhledání odborné pomoci pro 5 žen (6,25 %) byl zápach, dalších 5 žen (6,25 %) uvedlo obtíže v běžném životě. Pro 5 žen (6,25 %) byl rozhodující zhoršující se únik moči, 3 ženy (3,75 %) přišly preventivně, aby se jejich stav nehoršil, 5 žen (6,25 %) stále častěji nosilo vložky. Nepříjemné pocity trápily 5 žen (6,25 %), 2 ženy (2,5 %) se cítily nejisté a 3 ženy (3,75 %) pociťovalo nesnesitelnost samo se sebou. 4 ženy (5 %) uvedly, že „počůrávání není normální“. 3 ženy (3,75 %) přivedl únik moči v zaměstnání a 1 žena (1,25 %) trpěla únikem moči po onkologické operaci a 6 žen (7,5 %) pociťovalo nepohodlí. 3 ženy (3,75 %) uvedly, že „jsou mladé na plíny“ a jen 3 ženy (3,75 %) uvedly únik moči při sexu. 27 žen (33,75 %) z celkového počtu neodpovědělo na otázku. Otázka č. 16, dokládá cíl pomocí otázky: Na jaké léčbě jste se dohodla se svým lékařem? (tabulka, graf č. 23) Vyhodnocení vycházelo z počtu 80 žen (100 %), které se setkaly s únikem moči. Udaly, že chirurgickou léčbu podstoupilo 22 žen (27,50 %). Toto tvrzení se dokládá vyhodnocením otázky č. 22 (tabulka č. 27, graf č. 27), že se 22 žen (20,00 %) léčí se stresovou inkontinencí moči. Otázka č. 17 dokládá, zda jsou ženy dostatečně seznámeny s léčebným postupem (tabulka č. 24, graf č. 24). Celkový počet odpovídajících byl 80 (100 %). Ano odpovědělo 48 žen (60 %), neodpovědělo 6 žen (7,5 %) a 26 žen (32,5 %) neodpovědělo, neléčí se nebo je poprvé u lékaře. Cíl byl splněn.

Dílčí cíl č. 5: Doložit, že jsou ženy spokojené s výsledkem chirurgické léčby.

Vyhodnocení: Otázka č. 19, tabulka a graf č. 26 dokládá otázku, zda jsou ženy spokojené s výsledkem chirurgické léčby. Celkový počet odpovídajících žen byl 80 (100 %), které podstoupily i jinou léčbu než chirurgickou. Proto spokojených žen bylo 38 (47,5 %), nespokojených bylo 5 žen (6,25 %), 2 ženy (2,5 %) uvedly jiný důvod (smíření s pomočováním). Neodpovědělo 35 žen (43,75 %) z celkového počtu. Této otázce předchází, otázka č. 18, která se dotazuje na očekávání od léčby (tabulka č. 25, graf č. 25). Celkový počet byl 80 respondentek (100%). S odstraněním obtíží počítá 45 žen (56,25 %). 12 žen (15 %) očekává od léčby zmírnění obtíží. Neodpovědělo 23 žen (28,75 %). Po srovnání těchto odpovědí, lze konstatovat, že očekávání žen bylo naplněno. Cíl byl splněn.

10 Diskuze

Stresovou inkontinencí moči je postiženo asi 20 % žen. Ve vyšších věkových skupinách výskyt tohoto onemocnění stoupá. Udává se, že polovina takto postižených nevyhledá lékařskou pomoc. Výskyt četnosti stresové inkontinence moči souvisí s úrovní zdravotní výchovy obyvatel dané země, s kulturní tradicí, vzděláním žen a jejich postavením ve společnosti. Významnou roli hrají psychosociální aspekty a další významnou příčinou v nárůstu inkontinentních je prodlužování lidského věku. ⁽³⁰⁾

Výsledky empirické části bakalářské práce jsem porovnávala s bakalářskou prací z roku 2010 na téma Míra informovanosti žen o komplexním řešení močové inkontinence. Napsala Dita Jodasová pro Jihočeskou univerzitu v Českých Budějovicích, sociální fakultu. Její výzkum probíhal v Ústavu pro matku a dítě v Podolí, kde pracuje. ⁽³³⁾ Cílovou skupinu tvořily ženy léčící se s různou inkontinencí moči. Já jsem se zaměřila pouze na stresovou inkontinenci moči. Jinak se hodnocení sociodemografických otázek shoduje. Vzorek žen tedy celkový počet byl 92, tedy 100 %. Vyhodnocovala ženy ve věkové kategorii do 30 let, počet 1 (1 %), 31 – 40 byly 4 (5 %), 41 – 50 bylo 14 (15 %), 51 – 60 bylo 34 (37 %), 61 – 70 bylo 24 (26 %), 71 a více bylo 15 žen (16 %). Hodnotila také vzdělanost žen, 2 (2 %) měly základní vzdělání, 21 (23 %) byly vyučené, 46 (50 %) bylo středoškolsky vzdělaných, 6 (7 %) mělo vyšší odborné vzdělání a vysokoškolsky vzdělaných žen bylo 17 (18 %). Ráda bych se však zastavila na vzdělanosti vzorku žen, má práce obsahuje více vysokoškolsky vzdělaných žen a žen s vyšším odborným vzděláním, naproti tomu žen se základním vzděláním je u Jodasové i u mne méně. Z toho vyvozují, že vzdělání hraje velkou roli v rozhodnutí, zda žena vyhledá odbornou pomoc. Místem bydliště žen ve výzkumném šetření Jodasové bylo 62 (67 %) v obci nad 3000 obyvatel a 30 (33 %) do 3000 obyvatel.

Hlavním cílem bakalářské práce byla analýza výskytu stresové inkontinence moči žen mezi veřejností. Vrátilo se mi k hodnocení 110 dotazníků. 30 žen je zdravých. Zjistila jsem, že 80 žen má obtíže s únikem moči, 19 žen má určenou diagnózu týkající se urogynekologického onemocnění, stresovou inkontinenci moči má 22 žen. 39 dalších žen obtíže neřeší, nebo jsou na začátku léčení. Cíl jsem zodpověděla nad očekávání. Ve své podstatě mě výsledek šokoval, když vezmu v potaz, že ženy uváděly ve vyhodnocení otázky č. 8, jakou stránku ovlivňuje únik moči jejich život. Velké procento uvedlo, že život je ovlivněn ve více bodech. Negativně ovlivňuje kvalitu života v sexualitě, aktivitách, seberealizaci a vnímání sebe sama. Dlouhodobé neuspokojení těchto potřeb vede k frustraci. I přes takové obtíže, které únik moči přináší, návštěvu odborníka oddalují na několik let. Některé ženy dokonce uvedly, že se s únikem moči smířily a používají absorpční pomůcky – vložky. Jodasová tuto myšlenku rozvinula ve třech otázkách, z jejího výzkumu vyplývá. Ženy používají jako nejčastější typ pomůcek na zvládnutí inkontinence vložky v počtu 44 (48 %). 39 z nich používají vložky speciálně doporučené pro únik moči a 5 ženy užívá vložky menstruační. 42 ženám přináší pocit jistoty, to považují za výhodu. Přes to jsou ženám používajícím vložky nepohodlné (31 žen) a finančně náročné (3 ženy). To je velmi

zajímavé zjištění. Takové řešení by mohlo vycházet z nedostatečné znalosti možností léčebných metod.

Výše píš, že se léčí se stresovou inkontinencí moči 22 žen (20,00 %). Tím jsem splnila dílčí cíl č. 1. Když se na toto číslo podívám z teoretické stránky, tak mohu doložit tvrzení, že forma stresové inkontinence moči je formou nejčastější. Je pravda, že můj hlavní cíl se týkal veřejnosti. Já jsem zahrнула do výzkumného šetření i ženy, které již docházejí do specializované ambulance. To znamená, že vzorek žen je již vyčleněný.

Předmětem dalšího zkoumání byla informovanost žen z obecného hlediska. Výzkum ukázal, že informovanost společnosti o stresové inkontinenci moči je dobrá. Ženy hodnotily také dostatečnost znalostí o dané tématice. Půlka je přesvědčená, že má dostatek informací proti polovičnímu nedostatku informací. Zajímavá část výzkumu byla ta, ve které ženy dle vlastního uvážení psaly návrh na zlepšení informovanosti. Největší část uvedla, že by uvítaly více spontánních informací od zdravotnického personálu. Jednou z rolí, jakou má plnit zdravotní sestra nebo porodní asistentka, je role edukátorky. Z výzkumu Jodasové vyplývá, že žádná (0 %) z klientek nedostala otázku mířenou na únik moči od porodní asistentky, zdravotní sestry! Naopak musím říci, že nejvíce žen 48 (52 %) uvedlo spontánní informace od svého ženského lékaře. Pokud existuje ideální stav: žena chodí na pravidelná gynekologická vyšetření, tam se o ní stará jeden lékař (gynekolog – porodník) s porodní asistentkou. Žena projde svými životními etapami spolu s nimi. Každé životní období ženy přináší jiná úskalí. Ty by měl zdravotnický personál velmi dobře znát. Proč by mělo být ožehavé téma, ptát se na únik moči? Vlastně, tak by měl ideálně fungovat i rodinný (obvodní) lékař, samozřejmě se sestrou. Jakou formou se klientkám dané informace předají, by bylo na domluvě mezi lékařem a sestrou. Pokud by vzhledem k časové tísní nepřipadal v úvahu rozhovor, může sestra předat leták, nebo doporučit literaturu případně důvěryhodné internetové stránky. Žena si může informace vyhledat sama. V dnešní době mají lidé informace jako na dlani. Je to velmi individuální, pokud žena chodí pravidelně na kosmetické ošetření pleti a stará se o sebe, tak by také měla aktivně přistupovat k zachování svého zdraví.

Stále se v naší společnosti hovoří, že toto téma si drží statut určité tabuizace. Možná to vychází z určité intimity tématu. Sexuální stránka věci, psychologický a sociální dopad těchto obtíží. Možná panuje mýlka, že tyto obtíže patří ke stárnutí. To je ovšem špatná domněnka, stresová inkontinence moči se vyskytuje v produktivním věku, často po úrazech pánve, typicky u autonehod, nebo onkologických onemocněních ženských orgánů řešených operační léčbou. Jsem dítě starších rodičů, moje matka mě porodila ve 43 letech, mé dva bratry rodila spontánně s porodní váhou 4 kg a nyní se léčí s diabetem. Tudíž je adeptkou na únik moči. Patří k těm šťastným, žádný ji neobtěžuje, tedy pokud nemá chřipku a plný močový měchýř. Ale to je přechodné období. O úniku moči jsme spolu bez problémů hovořily. Její gynekoložka se při gynekologických preventivních prohlídkách aktivně ptá. V mém výzkumu jsem se žen ptala, jestli se stydí, nebo cítí

zahanbení při rozhovoru o úniku moči se zdravotníky. Nadpočetná většina odpověděla, že ne. Snad tedy vedení aktivního dotazování zdravotnického personálu by ženám pomohla v rozhodnutí, aby navštívily odborníka zabývajícího se močovou inkontinencí. Spíše jde o lékaře primární péče, kteří často bagatelizují obtíže, se kterými se mu žena svěří. Myslím, že by se taková věc stávat neměla. Pokud se žena rozhodne, že se svěří s obtížemi, určitě si nevymýšlí.

Stálo by za zhodnocení, zda existuje určitá obava, která vyplývá z neznalosti léčebných metod, a proto ženy oddalují řešení obtíží úniku moči. Jsou o problematice dobře informované, nestydí se o svých obtížích hovořit, tak proč tedy váhají s řešením obtíží? To nebylo součástí mého výzkumu, proto neznám odpověď. Ptala jsem se až žen, které léčbu podstoupily, jestli jsou dobře informované, ty odpověděly ano.

Poslední dílčí cíl bych chtěla uvést trochu jinak. V dotazníkovém šetření jsem se žen ptala, jaký zásadní důvod je přivedl k odborné pomoci. Vyjmenuji jen ty nejzajímavější odpovědi. „Počůravání“ není přeci normální; nepříjemné pocity; pocity nesnesitelnosti samotné se sebou; únik moči při sexu – nepřípustné; zápach; jsem „mladá“ na plíny; nepohodlí... Tyto ženy udělaly dobré rozhodnutí, očekávaly od léčby úplné odstranění obtíží. Ráda konstatuji, že ženy, které odpověděly na můj dotazník, jsou s výsledkem léčby spokojené. Ale ráda připomenu, že každá operační intervence nese určitá rizika a každé očekávání nemusí být naplněné.

11 Doporučení pro praxi

Obecně lze konstatovat, že ženy jsou stále málo aktivní v otázce udržování vlastního zdraví, jak v otázkách prevence (jako je životospráva, ideální hmotnost, sport, kvalitní sexuální život), tak případného řešení obtíží. Na druhé straně stojí odborník, který by se měl více zaměřit na vyhledávání obtíží spojených s určitým životním obdobím ženy. Pro mě nejdůležitější článek mezi klientkou a lékařem bývá zdravotní sestra, může předat množství informací prospěšných pro obě strany.

Na základě výzkumného šetření bych do běžné praxe zavedla několik nápadů. Hovořila jsem o ideálu rodinného (gynekologa-porodníka) lékaře, který by ženu sledoval celý život. K takovému lékaři neodmyslitelně patří zdravotní sestra (porodní asistentka). V první řadě bych navrhla odbornou přednášku. V mém dotazníkovém šetření ženy chtěly získávat informace na odborných přednáškách a od zdravotnického personálu. Přednášky nabízí osobní kontakt, odborné informace a možnost diskutovat. Mohla by ji vést zdravotní sestra a případné otázky by mohl zodpovědět lékař. Troufám si říci, že příští přednáška by byla již naplněná. Hlavně pokud by měla pozitivní ohlas. Jsem přesvědčená, že by se rozvinula vášnivá debata. Jak známo skupina nabízí určitý pocit anonymity a ženy by se neostýchaly ptát na různé otázky. Třeba formou písemného dotazu. Při této příležitosti by předali přednášející spoustu důležitých informačních zdrojů, které jsou důvěryhodné. Doporučí preventivní opatření (únik moči po porodu a jeho úprava, cvičení posilující pánevní dno, úprava životosprávy a pitného režimu, redukce hmotnosti, apod.). Nabídnou specializovaná centra, která se zabývají tematikou inkontinence obecně. Vše by muselo být finančně dostupné. Možná by stálo za zamyšlení zdravotních pojišťoven, zda by takové programy mohly podporovat. Jedna korekční páska k léčbě stresové inkontinence moči stojí 25 000 Kč a celá léčba není jen o ceně pásky.

Jako vhodnou alternativu bez osobního kontaktu bych zvolila edukační leták, nebo brožurku. Ty by byly umístěné v čekárnách praktiků, gynekologů, porodníků. Mohly by obsahovat možná úskalí, která provázejí určitá období života ženy, z nich vyplývající obtíže s únikem moči, jako příznaku. Zahrnovat diagnostiku a léčbu stresové inkontinence moči. Aby byl pohled komplexní, musely by zahrnovat veškeré druhy močové inkontinence. Ve většině čekáren lékařů dnes bývají televizory, proč nenatočit nějaký spot, který by se týkal tohoto tématu?

Za velmi důležité považuji udržování tělesného pohybu. Navrhla bych tedy spolupráci fyzioterapeuta, který se zabývá posílením pánevního dna, kam by ženy mohly docházet před zahájením léčby, případně během ní a po ní. Samozřejmostí by byla důkladná diagnostika. I tak by zůstal velký podíl odpovědnosti na ženě, která by musela cviky provádět pravidelně doma. Stala by se aktivním partnerem v cestě za úspěšností léčby.

12 Závěr

Stresová inkontinence moči je nejčastější formou močové inkontinence žen, což bylo zjištěno v mé bakalářské práci. Ve vyšších věkových skupinách výskyt tohoto onemocnění stoupá, ale v nemalém procentu obtěžuje mnoho žen v produktivním věku. Přináší spoustu psychosociálních obtíží s ní spojených.

Zjistila jsem, že přes uspokojivou informovanost žen, jich polovina obtíže s únikem moči neřeší, nebo řešení odkládá na několik let od výskytu prvního úniku moči. Mohu říci, že z výsledků mé práce vyplývá, že se dnes ženy neostýchají o svých obtížích hovořit se zdravotnickým personálem. Tomu napomáhá celospolečenské povědomí o důležitosti tohoto tématu, které, jak doufám, stále poroste ku prospěchu žen.

Nejčastější formou je léčba chirurgická, to dokládám i v empirické části práce. Kritický osten chirurgické léčby nastal se zavedením do praxe páskových operačních metod, které vytlačily klasické operace. Navrátily kontinenci 90 % žen. Dnes je považována páska TVT-O za zlatý standard operační léčby stresové inkontinence moči žen. Patří do metod jednodenní chirurgie se skvělým efektem. Toto tvrzení chci doložit tabulkou, kam jsem zanesla vyjádření třech žen, které podstoupily operační léčbu různými způsoby léčby. Vybrala jsem zástupce za klasickou operaci dle Burcha, za zlatý standard páskovou operaci TVT-O, zástupce za moderní léčbu aplikaci Bulkamidu. Zlepšení po operaci mi ženy hodnotily pomocí škály od 0 (nejhorší hodnocení) do 5 (nejlepší hodnocení). Do tabulky jsem zapsala číslo, které ženy udaly. Já jsem jejich vyjádření zapsala do předem připravené tabulky. Klientky prošly urogynekologickou ambulancí u Apolináře při VFN. Hodnocení mi poskytly v listopadu roku 2014 s laskavým dovolením.

Slovní hodnocení operačních metod.

Účinnost operací	BURCH	TVT-O	BULKAMID
Rok operace	2003	2006	2014
Doba rekonvalescence	1 měsíc	1 týden	5 dní (pálení při močení)
Zlepšení po operaci (škála)	3	5	4
Pomohla tato operace dlouhodobě	Ne, únik moči při kýchání.	Ano, změnil se mi život, jsem zdravá.	Ano, ale je to jen rok.

Uvedené údaje jasně hovoří o tom, že správně odebraná anamnéza, důkladná diagnostika a léčba postavená na míru té konkrétní klientky, vede k zlepšení kvality života. A proto doufám, že stresovou inkontinenci moči bude včas řešit návštěvou odborného lékaře stále větší počet žen.

Seznam informačních zdrojů a citací

Bibliografie:

Holčík, Jan. (2004). *Zdraví 21: výklad základních pojmů: úvod do evropské zdravotní strategie*. 1.vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví.

Citterbart, K. a kolektiv. (2001). *Gynekologie*. 1. vydání. Praha: Galén.

Čepický, P. (1999/8). *Moderní gynekologie a porodnictví. Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví*. Praha: LEVRET s r.o.

Dylevský, I. (2009). *Funkční anatomie*. Praha: Grada.

Farkašová, D., et al. (2006). *Ošetrovatelství teorie*. Martin: Osveta.

Genadry, R., Mostwin, L., J. (2013). *Inkontinence moči u ženy. [A woman's guide to urinary incontinence]*. Praha: Portál v anglické verzi.

Jodasová, D. (2010). *Míra informovanosti žen o komplexním řešení močové inkontinence*. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dostupné z: www.email.cz/download/i/27qgg85g1MLu9SRiNkewJcJFxFxKEdjfui2lzH8VsN_qYfbTJ0YcGQyEB3CvIMAXaFaY8iEVU/prepracovana_verze_10.8.pdf

Juřeníková, P. (2010). *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Kutnohorská, J. 2009). *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Martan, A. a kol. (2005). *Inkontinence moči žen a její medikamentózní léčba*. Praha: Maxdorf.

Martan, A. a kolektiv. (2011). *Nové operační postupy v urogynekologii. Řešení stresové inkontinence moči a defektů pánevního dna*. Praha: Maxdorf.

Mysliveček, J., Trojan, S. (2004). *Fyziologie do kapsy*. Praha: Triton.

Naňka, O., Elišková M. (2009). *Přehled anatomie, druhé, přepracované vydání*. Praha: Galén, Karolinum.

Slezáková, L. a kolektiv. (2011). *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing.

Tomgárová, M., Bóriková, I., a kol. (2008). *Potřeby v ošetrovatelství*. Martin: Osveta.

Časopisecké zdroje:

Cavkaytar, S., Kokalani, M., Topcu, H., Aksakal, O., Donanay, M. (2014). Effect of home-based Kegel exercises on quality of life in women with stress and mixed urinary incontinence. *J Obstet Gynecol., Sep. 29*, 1-4. PMID: 25264854.

Cooper, J., Annappa, M., Quigley, A. (2014). *Prevalence of female urinary incontinence*, Oct. 2, 1-6. PMID: 25278207.

Cortes, E., Sahai, A., Pontari, M., Kelleher, C. (2012). The psychology of LUTS. *Neurology and Urodynamics*, 31, 340-343. DOI: 10.1002/nau.22211.

Fakulta zdravotnických studií Ostrava. (2006). Mentor klinické praxe v ošetrovatelství a porodní asistenci. *Edukace v ošetrovatelství. II. část*. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf> (Cit. 5.2.2015).

Feyereisl, J., et al. (2003). Operační terapie stresové inkontinence moči. *Postgraduální medicína. Urogynekologie*, 5(7), 899-902.

Feyereisl, J., Zmrhal, J. (2007). *Gymnastika svalů pánevního dna. Soubor deseti základních cviků při problémech s inkontinencí moči*. Dostupné z: www.inco-forum.cz

Halaška, M. (2003). Možnosti operační léčby v urogynekologii. *Lékařské listy, příloha Zdravotnických novin. Urogynekologie*, 26, 17-20.

Hiblbauer, J. (2011). Inkontinence moči u žen, zásady a možnosti diagnostiky a léčby. *Urologie pro praxi*, 12(1), 18-28.

Chloubová, H. (2006). Psychosociální problémy inkontinentních žen. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2(4), 83-85.

Chiarelli, P. (2007). *Urinary stress incontinence and overactive bladder symptoms in older women*, Oct. 26(2), 198-207. PMID: 18041971.

Jackson, C., Dixon-Woods, M., Eboral, H., Kenyon, S., Tooze-Hobson, P., Tncello, D. (2010). *Women's views and experiences of a patient preference trial in Sumery: a qualitative study of the CARPET1 trial*, Dec. 7(6), 696-704. DOI: 10.1177/1740774510381286.

Jirkovská, L., Takáčová, M. (2007). Pacientka a sestra na urogynekologické ambulanci. *Sestra. Inkontinence*, 17(9), 9.

Kaya, S., Akbayrak, T., Gursen, C., Beksac, S. (2014). Short-term effect of anding pelvic floor muscle training to bladder training for female urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J.*, Sep. 30. PMID: 25266357.

Krofta, L., et al. (2003). Konzervativní terapie inkontinence. *Postgraduální medicína. Urogynekologie*, 5(8), 890-898.

Krofta, L., Feyereisl, J., Otčenášek, M., et al. (2008). Chirurgická léčba stresové inkontinence moči pomocí tahuprosté vaginální pásky. *Česká gynekologie*, 73(4), 231-239.

Kučera, Z. (2010). Názory, postoje a chování žen trpících inkontinencí. *Sestra*, 20 (11), 44-46.

Martan, A., Mašata, J., Švábík, K., et al. (2013). Transuretrální aplikace polyacrylamid hydrogelu (Bulkamid^R) při léčbě ženské stresové inkontinence moči a změny léčebného efektu v závislosti na čase od operace. *Česká gynekologie*, 78 (6), 554-559.

Minassian, V., Sun, H., Yan, X., Clarke, D., Stewart, W. (2014). The interaction of stress and urgency urinary incontinence and its effect on quality of life. *Int Urogynecol J.*, Oct.3. PMID: 25278207.

Nyström, E., Sjöström, M., Stenlund, H., Samuelsson, E. (2014). ICIQ symptom and quality of life instruments measure clinically relevant improvements in women with stress urinary incontinence. *Neurourol. Urodyn.*, Aug. 22. DOI: 10.1002/nau.22657.

Otčenášek, M. (2008). Mechanismus poškození pánevního dna při vaginálním porodu. *Sestra. Inkontinence*, 16(9), 3-6.

Šimůnková, M. (2008) Inkontinence: poslední tabu? *Zdravotnické noviny*, 58(20), 16-18.

Skřivánek, A. (2009). Obezita v gynekologické ambulanci. *Lékařské listy, příloha zdravotnických novin. Urologie*, 3, 24-26.

Sochorová, N. (2011). Problematika močové inkontinence. *Medicína pro praxi*, 8 (11), 488-490.

Zmrhal, J. (2003). Diagnostické metody v urogynélogii. *Postgraduální medicína. Urogynélogie*, 10(7), 862-871.

Internetové zdroje:

<http://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/unik-moci-mocova-inkontinence/>
<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/inkontinence-moci-u-zen-451050>
www.inco-forum.cz
www.pelvis-klub.cz

Reference:

- (1) Naňka, O., Elišková M. (2009). *Přehled anatomie, druhé, přepracované vydání*. Praha: Galén, Karolinum.
- (2) Martan, A. a kolektiv. (2011). *Nové operační postupy v urogynélogii. Řešení stresové inkontinence moči a defektů pánevního dna*. Praha: Maxdorf.
- (3) Dylevský, I. (2009). *Funkční anatomie*. Praha: Grada.
- (4) Sochorová, N. (2011). Problematika močové inkontinence. *Medicína pro praxi*, 8 (11), 488-490.
- (5) Slezáková, L. a kolektiv. (2011). *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing.

- (6) Cooper, J., Annappa, M., Quigley, A. (2014). *Prevalence of female urinary incontinence*, Oct. 2, 1-6. PMID: 25278207.
- (7) Chiarelli, P. (2007). *Urinary stress incontinence and overactive bladder symptoms in older women*, Oct. 26(2), 198-207. PMID: 18041971.
- (8) Otčenášek, M. (2008). Mechanismus poškození pánevního dna při vaginálním porodu. *Sestra. Inkontinence*, 16(9), 3-6.
- (9) Skřivánek, A. (2009). Obezita v gynekologické ambulanci. *Lékařské listy, příloha zdravotnických novin. Urologie*, 3, 24-26.
- (10) Martan, A. a kol. (2005). *Inkontinence moči žen a její medikamentózní léčba*. Praha: Maxdorf.
- (11) Zmrhal, J. (2003). Diagnostické metody v urogynélogii. *Postgraduální medicína. Urogynélogie*, 10(7), 862-871.
- (12) Genadry, R., Mostwin, L., J. (2013). Inkontinence moči u ženy. [A woman's guide to urinary incontinence]. Praha: Portál v anglické verzi.
- (13) Hiblbauer, J. (2011). Inkontinence moči u žen, zásady a možnosti diagnostiky a léčby. *Urologie pro praxi*, 12(1), 18-28.
- (14) Krofta, L., et al. (2003). Konzervativní terapie inkontinence. *Postgraduální medicína. Urogynélogie*, 5(8), 890-898.
- (15) <http://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/unik-moci-mocova-inkontinence/>
- (16) Feyereisl, J., et al. (2003). Operační terapie stresové inkontinence moči. *Postgraduální medicína. Urogynélogie*, 5(7), 899-902.
- (17) Krofta, L., Feyereisl, J., Otčenášek, M., et al. (2008). Chirurgická léčba stresové inkontinence moči pomocí tahuprosté vaginální pásky. *Česká gynekologie*, 73(4), 231-239.
- (18) Martan, A., Mašata, J., Švabík, K., et al. (2013). Transuretrální aplikace polyacrylamid hydrogelu (Bulkamid[®]) při léčbě ženské stresové inkontinence moči a změny léčebného efektu v závislosti na čase od operace. *Česká gynekologie*, 78(6), 554-559.
- (19) Halaška, M. (2003). Možnosti operační léčby v urogynélogii. *Lékařské listy, příloha Zdravotnických novin. Urogynélogie*, 26, 17-20.
- (20) Kaya, S., Akbayrak, T., Gursen, C., Beksac, S. (2014). Short-term effect of anding pelvic floor muscle training to bladder training for female urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J., Sep. 30*. PMID: 25266357.
- (21) Cavkaytar, S., Kokalani, M., Topcu, H., Aksakal, O., Donanay, M. (2014). Effect of home-based Kegel exercises on quality of life in women with stress and mixed urinary incontinence. *J Obstet Gynecol., Sep. 29*, 1-4. PMID: 25264854.
- (22) Feyereisl, J., Zmrhal, J. (2007). *Gymnastika svalů pánevního dna. Soubor deseti základních cviků při problémech s inkontinencí moči*. Dostupné z: www.inco-forum.cz
- (23) Chloubová, H. (2006). Psychosociální problémy inkontinentních žen. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2(4), 83-85.

- (24) Minassian, V., Sun, H., Yan, X., Clarke, D., Stewart, W. (2014). The interaction of stress and urgency urinary incontinence and its effect on quality of life. *Int Urogynecol J.*, Oct. 3. PMID: 25278207.
- (25) Holčík, Jan. (2004). *Zdraví 21: výklad základních pojmů: úvod do evropské zdravotní strategie*. 1.vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví.
- (26) Cortes, E., Sahai, A., Pontari, M., Kelleher, C. (2012). The psychology of LUTS. *Neurology and Urodynamics*, 31, 340-343. DOI: 10.1002/nau.22211.
- (27) Farkašová, D., et al. (2006). *Ošetrovatelství teorie*. Martin: Osveta.
- (28) Juřeníková, P. (2010). *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- (29) Fakulta zdravotnických studií Ostrava. (2006). Mentor klinické praxe v ošetrovatelství a porodní asistenci. *Edukace v ošetrovatelství. II. část*. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf> (Cit. 5.2.2015).
- (30) Šimůnková, M. (2008) Inkontinence: poslední tabu? *Zdravotnické noviny*, 58(20), 16-18.
- (31) Jirkovská, L., Takáčová, M. (2007). Pacientka a sestra na urogynekologické ambulanci. *Sestra. Inkontinence*, 17(9), 9.
- (32) Kutnohorská, J. 2009). *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- (33) Jodasová, D. (2010). *Míra informovanosti žen o komplexním řešení močové inkontinence*. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dostupné z: www.email.cz/download/i/27qgg85g1MLu9SRiNkewJcJFxEjfu2IzH8VsN_qYfbTJ0YcGQyEB3CvIMAXaFaY8iEVU/prepracovana_verze_10.8.pdf

Seznam tabulek a grafů

Tabulky:

Tabulka č. 1: Porod.....	28
Tabulka č. 2: Způsob porodu.....	29
Tabulka č. 3: Rodinný stav.....	30
Tabulka č. 4: Věk ženy	31
Tabulka č. 5: Vzdělání.....	32
Tabulka č. 6: Zaměstnání.....	33
Tabulka č. 7: Místo života.....	34
Tabulka č. 8: Únik moči	35
Tabulka č. 9: Únik moči při smíchu, kašli, apod.	36
Tabulka č. 10: Únik moči při fyzických aktivitách.....	37
Tabulka č. 11: Únik moči při předklonu, zvedání břemene.....	38
Tabulka č. 12: První únik moči (věková kategorie).....	39
Tabulka č. 13: Reakce na první únik moči	40
Tabulka č. 14: Doba trvání obtíží s únikem moči	41
Tabulka č. 15: Ovlivnění běžného života	42
Tabulka č. 16: Znalosti stresové inkontinence moči	43
Tabulka č. 17: Dostupnost informací	43
Tabulka č. 18: Informační zdroje.....	44
Tabulka č. 19: Informovanost společnosti	45
Tabulka č. 20: Návrh zlepšení informovanosti.....	46
Tabulka č. 21: Pocity při rozhovoru.....	47
Tabulka č. 22: Důvod o rozhodnutí o řešení	49
Tabulka č. 23: Léčba	50
Tabulka č. 24: Znalost léčebného postupu	51
Tabulka č. 25: Očekávání od léčby	52
Tabulka č. 26: Spokojenost s výsledkem léčby.....	53

Tabulka č. 27: Diagnóza.....	54
Grafy:	
Graf č. 1: Porod	28
Graf č. 2: Způsob porodu	29
Graf č. 3: Rodinný stav	30
Graf č. 4: Věk ženy.....	31
Graf č. 5: Vzdělání	32
Graf č. 6: Zaměstnání	33
Graf č. 7: Místo života	34
Graf č. 8: Únik moči.....	35
Graf č. 9: Únik moči při smíchu, kašli, apod.	36
Graf č. 10: Únik moči při fyzických aktivitách	37
Graf č. 11: Únik moči při předklonu, zvedání břemene	38
Graf č. 12: První únik moči (věková kategorie)	39
Graf č. 13: Reakce na první únik moči.....	40
Graf č. 14: Doba trvání obtíží s únikem moči	41
Graf č. 15: Ovlivnění běžného života.....	42
Graf č. 16: Znalosti stresové inkontinence moči	43
Graf č. 17: Dostupnost informací	44
Graf č. 18: Informační zdroje	45
Graf č. 19: Informovanost společnosti	46
Graf č. 20: Návrh zlepšení informovanosti.....	47
Graf č. 21: Pocity při rozhovoru	48
Graf č. 22: Důvod o rozhodnutí o řešení	49
Graf č. 23: Léčba.....	50
Graf č. 24: Znalost léčebného postupu	51
Graf č. 25: Očekávání od léčby.....	52

Graf č. 26: Spokojenost s výsledkem léčby	53
Graf č. 27: Diagnóza	54

Seznam příloh

Příloha A: Pánevní dno

Příloha B: Fyziologická a patologická funkce hrdla močového měchýře

Příloha C: Léky užívané v léčbě stresové inkontinence moči

Příloha D: Kolpopexis sec. Burch

Příloha E: Retropubické vedení pásky TVT

Příloha F: Jednotlivé operační kroky metody TVT – O

Příloha G: Aplikace a umístění Bulkamidu a uretroskopický pohled na aplikaci hydrogelu

Příloha H: Seznam zkratk

Příloha Ch: Stanovisko etické komise

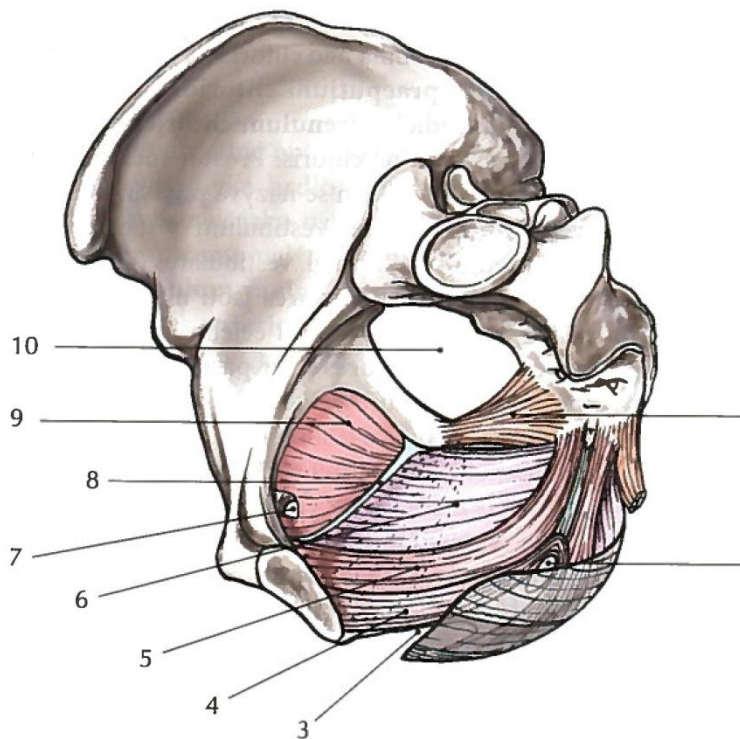
Příloha I: Dotazník k výzkumnému šetření

Prohlášení o nahlížení

Příloha A: Pánevní dno

Diaphragma pelvis (pohled z boku):

- 1 – m. coccygeus
- 2 – hiatus analis
- 3 – hiatus urogenitalis
- 4 – m. levator ani – m. puborectalis
- 5 – m. levator ani – m. pubococcygeus
- 6 – m. levator ani – m. iliococcygeus
- 7 – canalis obturatorius
- 8 – arcus tendineus m. levatoris ani
- 9 – m. obturatorius internus
- 10 – foramen ischiadicus majus

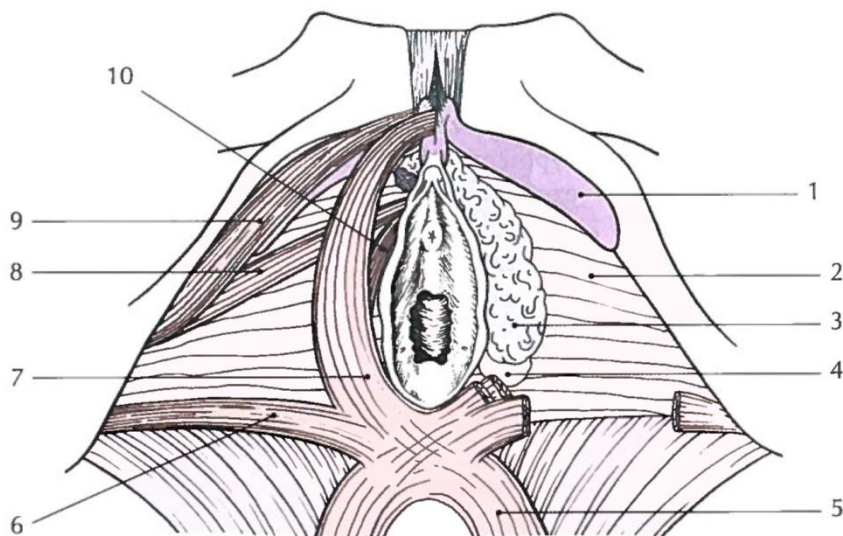


(Naňka, O., Elišková M. (2009). *Přehled anatomie, druhé, přepracované vydání*. Praha: Galén, Karolinum. 222, obr. 14.8.)

Diaphragma urogenitale (pohled zdola):

- 1 – crus clitoridis
- 2 – diafragma urogenitale
- 3 – bulbus vestibuli
- 4 – gl. Vestibularis major
- 5 – m. sphincter ani externus
- 6 – m. transversus perinei superficialis
- 7 – m. bulbospongiosus
- 8 – m. compressor urethrae
- 9 – m. ischiocavernosus

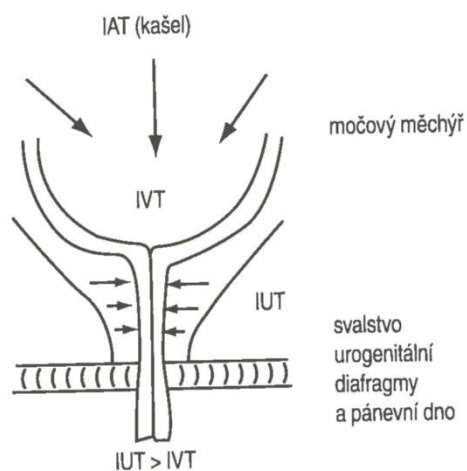
10 – m. sphincter urethrovaginalis



(Naňka, O., Elišková M. (2009). *Přehled anatomie, druhé, přepracované vydání*. Praha: Galén, Karolinum. 224, obr. 14.10.)

Příloha B: Fyziologická a patologická funkce hrdla močového měchýře

Fyziologická funkce uzávěrových mechanismů hrdla močového měchýře a pánevního dna:



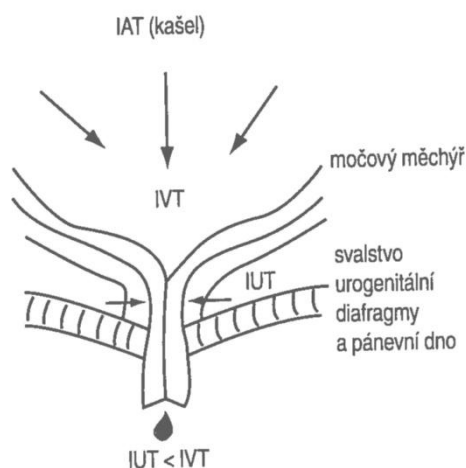
(IAT – intraabdominální tlak; IVT – intravezikální tlak; IUT – intrauretrální tlak)

(Slezáková, L. a kolektiv. (2011). *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing. 81, obr. 13.)

Při fyziologické funkci pánevního dna a uzávěrových mechanismů hrdla močového měchýře nedochází k úniku moči ani při zvýšeném nitrobřišním tlaku. Nitrobřišní tlak se na močovou trubici promítá z boku. Navíc dochází k funkčnímu prodloužení močové trubice.

Pro doplnění představy, vkládám patologickou funkci uzávěrových mechanismů hrdla močového měchýře a pánevního dna:

Při poddajném a oslabeném pánevním dnu dochází k poklesu močového měchýře, funkční délka močové trubice se zkracuje, boční tlak na ni se snižuje a otevírá se hrdlo močového měchýře. Tlak v močovém měchýři tak převyší tlak uzávěrový v močové trubici a dochází k inkontinenci moči.



(IAT – intraabdominální tlak; IVT – intravezikální tlak; IUT – intrauretrální tlak)

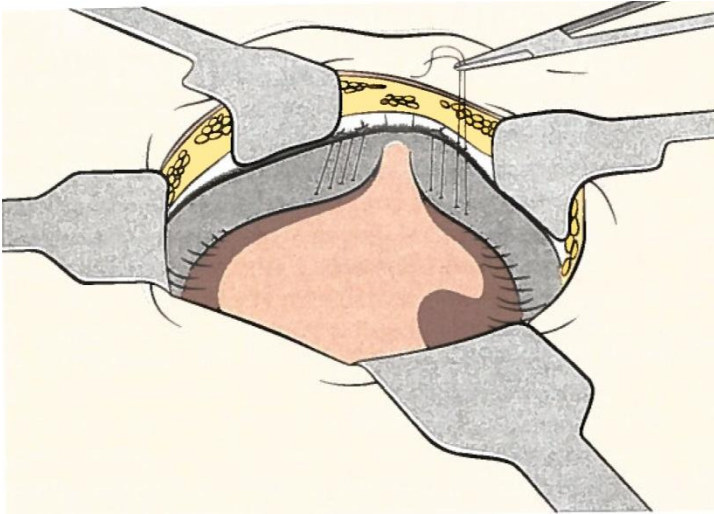
(Slezáková, L. a kolektiv. (2011). *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing. 82, obr. 114.)

Příloha C: Léky užívané v léčbě stresové inkontinence moči

Druh	Příklady	Účinnost	Rizika
estrogenová substituční léčba	estrogeny či kombinace estrogenů a progesteronu	prokázáno celkové subjektivní zlepšení hlavně v nerandomizovaných studiích; objektivní hodnocení nejistilo významný účinek	karcinom prsu, karcinom ovaria, cévní mozková příhoda, srdeční příhoda
agonisté adrenergních α -receptorů	efedrin fenylpropanolamin (PPA) midodrin methoxamin	stimulace kontrakcí hladkého svalu uretry	zvýšení krevního tlaku, poruchy spánku, nauzea, sucho v ústech, bolesti hlavy, třes, palpitace, exacerbace poruch srdečního rytmu
agonisté adrenergních β -receptorů	clenbuterol	hypoteticky zvyšují schopnost kontrakce příčně pruhovaného svářeče uretry	třes, tachykardie, bolesti hlavy
antagonisté adrenergních β -receptorů	propranolol	hypoteticky zvyšují schopnost kontrakce hladkého svalu uretry	ortostatická hypotenze, srdeční dekompenzace
tricyklická antidepresiva	imipramin	hypoteticky zvyšují schopnost kontrakce hladkého svalu uretry inhibicí zpětného vstřebávání noradrenalinu v zakončení adrenergních nervů v uretře	anticholinergní příznaky, ortostatická hypotenze, srdeční arytmie, zvýšení tělesné hmotnosti
inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu	duloxetin	v randomizovaných klinických studiích významně snížil výskyt epizod inkontinence a zlepšil kvalitu života	nauzea, sucho v ústech, nespavost, zácpa, ospalost

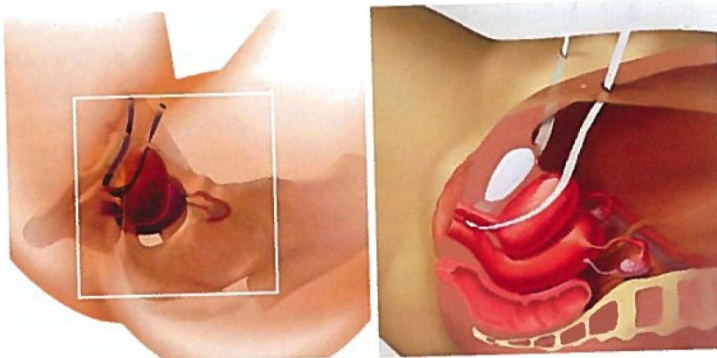
(Martan, A. a kol. (2005). *Inkontinence moči žen a její medikamentózní léčba*. Praha: Maxdorf. 55, tabulka 4.1.)

Příloha D: Kolpopexis sec. Burch



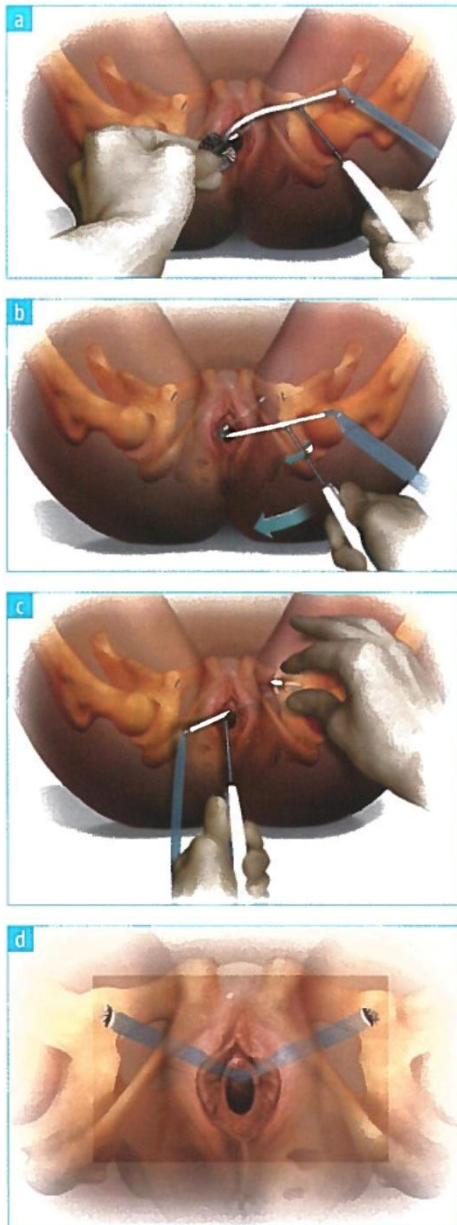
(Martan, A. a kolektiv. (2011). *Nové operační postupy v urogynékológii. Řešení stresové inkontinence moči a defektů pánevního dna*. Praha: Maxdorf. 52, obr. 7.1.)

Příloha E: Retropubické vedení pásy TVT



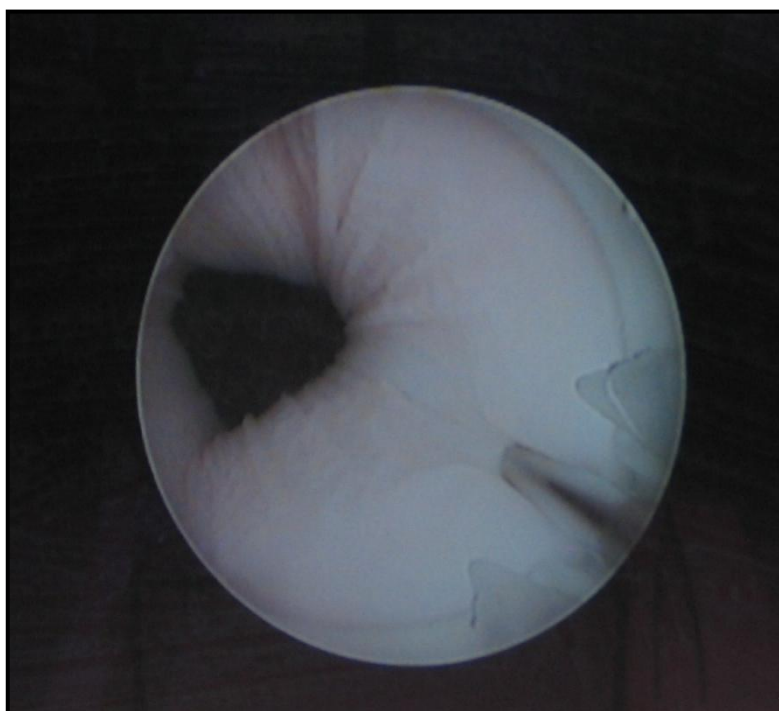
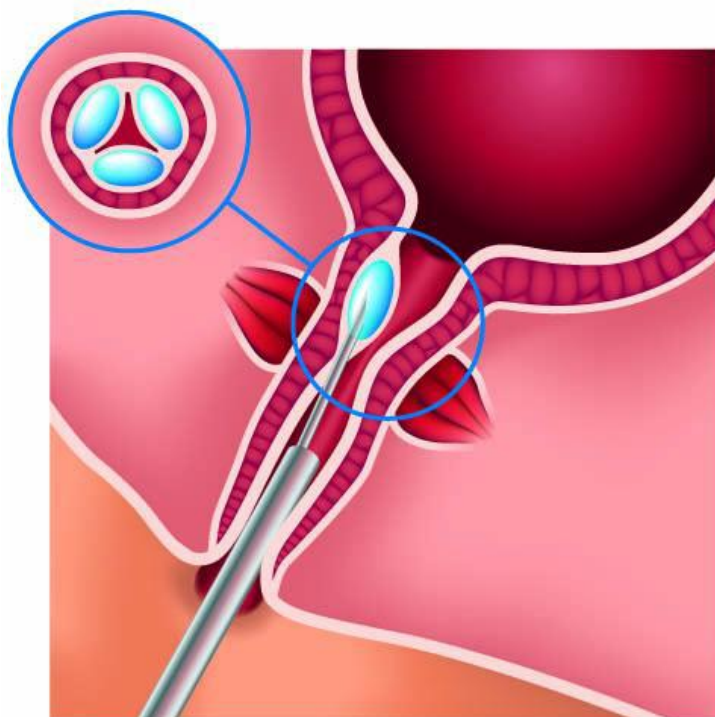
(Martan, A. a kolektiv. (2011). *Nové operační postupy v urogynékológii. Řešení stresové inkontinence moči a defektů pánevního dna*. Praha: Maxdorf. 61, obr. 7.3.)

Příloha F: Jednotlivé operační kroky metody TVT - O



(Martan, A. a kolektiv. (2011). *Nové operační postupy v urogynékológii. Řešení stresové inkontinence moči a defektů pánevního dna*. Praha: Maxdorf. 67, obr. 7.7.)

Příloha G: Aplikace a umístění Bulkamidu a uretroskopický pohled na aplikaci hydrogelu



(Martan, A. a kolektiv. (2011). *Nové operační postupy v urogynéologii. Řešení stresové inkontinence moči a defektů pánevního dna*. Praha: Maxdorf. 90, obr. 7.16.)

Cystoskopický snímek. Archiv Dr. Švabíka.

Příloha H: Seznam zkratk

UVJ – uretrovezikální junkce

ICS – International Continence Society (Mezinárodní společnost pro kontinenci)

SUI – stress urinary inkontinence (stresová inkontinence moči)

OAB – overactive bladder (hyperaktivní močový měchýř)

ISD – intrinsic sphincter deficiency (porucha uretry jako svěrače)

UZ – ultrazvukové vyšetření

IVU – intravenózní vylučovací urografie

VCU – videocystourografie

VUDS – videocystourografie s urodynamickým vyšetřením

Příloha Ch: Stanovisko etické komise

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
ETHICS COMMITTEE
of the General University Hospital, Prague

Na Bojišti 1
128 08 Praha 2
tel. 224964131
e-mail: zuzana.balikova@vfn.cz

Vážená paní
Kateřina Košická, DiS.
Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1. LF UK
Apolinářská 18
128 08 Praha 2

16.10.2014
čj.1946/14 S-IV (ind.výzkum)

Vážená paní Košická,
Etická komise VFN projednala na svém zasedání dne 16.10.2014 Vámi předložený projekt – ind.výzkum:
čj.: 1946/14 S-IV.

Název studie: Bakalářská práce – dotazníkový projekt:
Stresová inkontinence žen očima laické veřejnosti.

Lhůta pro podání písemné zprávy o průběhu KH od jeho zahájení/ Time schedule for submission of the written Annual Report from the CT commencement: ☒ 1x ročně/Once a year ☐ Jiná lhůta/ Other

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /Reimbursement of costs related to assessment and issue of the EC opinion: ☐ Ano/Yes ☒ Ne, zdůvodnění/ No, reasons: Nesponzorovaný projekt

Datum doručení žádosti: 23.9.2014

Datum jednání EK + čas/Date and time of Ethics Committee's session: 16.10.2014 (15,30 – 18,45 hod.)

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjadřila jako místní EK a kde vykonává dohled / List of clinical trial sites in the Czech Republic where EC has given its opinion and will perform supervision:

Místo hodnocení/ Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Kateřina Košická, DiS., Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1. LF UK, Apolinářská 18, 128 08 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Seznam hodnocených dokumentů/List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno /Approved		Vzato na vědomí / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Průvodní dopis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník k předkládaným dokumentům – Zkrácený formulář EK VFN k neintervenční dotazníkové studii u pacientů (15.9.2014)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník, česká nedatovaná verze	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o dotazníkovou akci podepsaná Mgr. Svobodovou, vč. Souhlasu vrchní sestry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Životopis hlavní zkoušející: Kateřina Košická, DiS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stanovisko etické komise: EK VFN nemá etických námitek proti předloženému projektu a souhlasí s jeho realizací na Gynekologicko-porodnické klinice VFN a 1. LFUK.

Podpis předsedy EK /Signature of Chairperson 1/2

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice
v Praze

Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialist	Zaměstnanec zřizovatele EK* Ano Yes	Ne No	Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance Ano Yes	Ne No	Hlasoval Voted Ano Yes	Ne No				
MUDr. Josef Šedivý, CSc.	M/M	Clinical Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Předseda/ Chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Jana Farkačová	Ž/F	Lab. Technician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.	M/M	Gynaecologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc.	Ž/F	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
MUDr. Anna Jedličková	Ž/F	Microbiologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
MUDr. Jiří Kolář	M/M	Cardiologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
MUDr. Hana Honová	M/M	Oncologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
MUDr. Ladislav Korábek, CSc., MBA	M/M	Dental surgeon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Prof. MUDr. František Perlík, DrSc.	M/M	Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Prof. MUDr. Jan Roth, CSc.	M/M	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Mgr. Libuše Roytová	Ž/F	Member of clergy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Mgr. ThLic. of Theologie													
MUDr. Magda Šišková, CSc.	Ž/F	Haematologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Místopředseda/ Vice-chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
JUDr. Šárka Špeciánová	Ž/F	Lawyer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
MUDr. Marcela Trojánková	Ž/F	Privat Nefrologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.	M/M	Paediatricist – Adolescent Med	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
JUDr. Milada Džupinková, MBA	Ž/F	Lawyer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
MUDr. Kateřina Rusinová, MgA.	Ž/F	Anesthesiologist- Intensive Med.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

pozn.: * Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy. Poslední sloupec udává, zda členové EK byli přítomni hlasování, ale nikoli jak hlasovali ve věci./The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with GCP and valid legal regulations. EC members personally presented the voting procedure (and NOT their individual voting result to or against the cause) are indicated in the last column :

☒ Ano/Yes ☐ Ne/No

Komentář/Comments:

Datum/Date: 16.10.2014

Podpis předsedy EK nebo zástupce
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson

2/2

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.

**Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice
v Praze**

Příloha I: Dotazník k výzkumnému šetření

DOTAZNÍK

Vážené dámy,

jmenuji se Kateřina KOŠICKÁ a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na 1. LF UK v Praze. K úspěšnému dokončení studia potřebuji obhájit bakalářskou práci na téma: Stresová inkontinence moči žen očima laické veřejnosti. Tímto Vás prosím o vyplnění následujícího dotazníku, který je anonymní a dobrovolný. Výsledky budou použity pouze pro mé studijní účely a nebudou v žádném případě zneužity.

Předem Vám děkuji za poskytnutí informací a spolupráci.

Instrukce k vyplnění:

Zaškrtněte vždy jen jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. Některé otázky vyžadují vlastní odpověď, zde Vás prosím o stručnost. Pokud se neléčíte se stresovou inkontinencí moči, otázky číslo 5 – 8, č. 10 a 11, č. 14-19 nevyplňujte.

1) Máte v současné době problém s únikem moči?

A)Ano B)Občas C)Ne

2) Dochází k úniku moči při smíchu, kýchnutí, kašlání?

A)Ano B)Občas C)Ne

3) Dochází k úniku moči při fyzických aktivitách (chůze, chůze ze schodů, běh, cvičení)?

A)Ano B)Občas C)Ne

4) Trápí Vás únik moči při předklonu či zvedání břemene?

A)Ano B)Občas C)Ne

5) V kolika letech jste zaznamenala první únik moči?

6) Jak jste reagovala na první únik moči?

A)Nevěnovala jsem tomu pozornost B)Začala jsem cvičit C)Změnila jsem životosprávu
D)Navštívila jsem lékaře E)Jinak (napíšte jak):

7) Jak dlouho Vás výše zmíněné příznaky trápí?

A)Do půl roku B)Do dvou let C)Více než dva roky

8) Jakou stránku vašeho běžného života ovlivňuje únik moči? (může být více odpovědí)

A)Sexualitu B)Aktivity (sportování, cestování) C)Seberealizace (divadlo, kino, práce)
D)Sebepojetí (spokojenost se sebou, jak se vnímám)

9) Myslíte, že máte dostatek znalostí o stresové inkontinenci moči žen?

A)Ano B)Ne

10) Jak se Vám dařilo získávat informace o problematice stresové inkontinence moči?

A)Snadno B)Obtížně

11) Jaké informační zdroje jste využila ke zhodnocení Vašeho problému s únikem moči? (může být i více možností)

A)Odborné knihy a časopisy B)Internet C)Televizi D)Časopisy pro ženy E)Příbuzné
F)Kamarádky G)Zdravotníky H)Jiné (uved'te):

12)Myslíte, že informovanost společnosti o stresové inkontinenci žen je dobrá?

A)Ano B)Ne

13) Pokud jste odpověděla ne, napište stručně, co by se mohlo zlepšit.

Vlastní vyjádření:

14) Pociťujete při hovoru se zdravotníky o Vašem problému ostych, stud či zahanbení?

A)Ano B)Ne

15) Uved'te zásadní důvod, který Vás přivedl k řešení stresové inkontinence moči.

Vlastní vyjádření:

16) Na jaké léčbě jste se dohodla se svým lékařem?

A)Konzervativní (posilování pánevního dna, redukce hmotnosti apod.) B)Elektrostimulace
C)Farmakologická D)Chirurgická E)Kombinovaná (jaká z možností):

17) Jste dostatečně seznámená s léčebným postupem?

A)Ano B)Ne

18) Co od léčby očekáváte?

A)Zmírnění obtíží B)Odstranění obtíží

19) Jste spokojena s výsledkem léčby?

A)Ano B)Ne C)Jiná (uved'te):

20) Rodila jste?

A)Ano B)Ne

21) Porod Vašich dětí byl cestou:

A)Vaginální – bez komplikací B)Vaginální – klešťový, nebo vakuumextrakcí C)Operační – císařským řezem

22) Vaše diagnóza, pod kterou jste vedena u lékaře je: (př.: onemocnění pánevního dna, porodní poranění)

Uved'te:

23) Váš rodinný stav je:

A)Svobodná B)Vdaná C)Rozvedená D)Vdova

24) Kolik je Vám let?

A)18-30 B)31-40 C)41-50 D)51-60 E)61-70 F)71-80

25) Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla?

A)Základního B)Středoškolského bez maturity C)Středoškolského s maturitou D)Vyššího odborného E)Vysokoškolského

26) Jaké je Vaše zaměstnání?

Uved'te:

27) Kde žijete?

A)Praha B)Krajské město C)Městys D)Vesnice

[illegible]